

Université de Sherbrooke
Programme de doctorat en gérontologie

**Usages de l'outil d'évaluation multiclientèle dans l'intervention gérontologique au
Québec**

Louise Belzile

Thèse présentée à la Faculté des lettres et des sciences humaines en vue de l'obtention du
grade de docteur (Ph.D) en gérontologie.

Mai 2018

© Louise Belzile, 2018

Université de Sherbrooke
Programme de doctorat en gérontologie

**Usages de l’outil d’évaluation multiclientèle dans l’intervention gérontologique au
Québec**

Louise Belzile

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Nicole Dubuc, PhD, codirectrice de recherche, Université de Sherbrooke

Philippe Maubant, D., HDR, codirecteur de recherche, Université de Sherbrooke

Annie Carrier, PhD, Examinatrice invitée de l'Université de Sherbrooke

Isabelle Gaboury, PhD, Examinatrice invitée de l'Université de Sherbrooke

Annette Liebing, Examinatrice invitée de l'Université de Montréal

Mai 2018

Doctorat en gérontologie

Université de Sherbrooke

*Comme au temps d'Abélard, nous voudrions nous fixer nous-mêmes dans une position
moyenne, entre les réalistes et les nominalistes, entre les positivistes et les formalistes,
entre les partisans des faits et les partisans des signes.
C'est donc de tous côtés que nous nous offrons à la critique.*

Gaston Bachelard

RÉSUMÉ

Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux voient s'introduire dans leurs pratiques des outils cliniques obligatoires, dont l'outil d'évaluation multicientèle (OÉMC) qui occupe une place importante dans leur travail quotidien auprès des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle. Si les avantages associés à l'utilisation des outils cliniques ont été diffusés par leurs concepteurs et promoteurs, bien peu d'intérêt a été manifesté jusqu'à maintenant, dans le domaine de la recherche, pour les usages effectifs qu'en font les intervenants, au-delà des phases d'expérimentation ou d'implantation. Si l'utilité et l'utilisation (le mode d'emploi) de l'OÉMC sont bien balisées, ses usages, c'est-à-dire ce que les intervenants font avec l'outil, une fois qu'il est complété, restent obscurs, en dehors de ce qui est prescrit. En fait, le plus souvent, l'intérêt porté à l'usage effectif tient à l'identification de l'écart entre ce qui est fait par rapport à ce qui est transmis dans les formations. En comprenant mieux comment les intervenants utilisent l'OÉMC en contexte d'intervention auprès des personnes âgées vivant à domicile, il sera possible de tenir compte du point de vue et de l'activité de travail des utilisateurs pour influencer la conception et la mise en œuvre d'outils cliniques comme l'OÉMC et de considérer les écarts entre les usages pas nécessairement comme des failles, mais comme des espaces de re-conception d'outils u d'usages auprès des formateurs, des concepteurs et des gestionnaires responsables de l'accompagnement à l'usage d'outils cliniques standardisés.

Un devis qualitatif a permis de recueillir et d'analyser les données issues de différentes méthodes de collectes : des documents écrits, des entretiens semi-dirigés réalisés auprès d'intervenants de différentes origines disciplinaires (n=24) et de prescripteurs (n= 7)

occupant différentes fonctions de proximité (gestionnaires, conseillers ou formateurs) et des journées d'observations non participatives qui ont totalisé près de cinquante heures auprès d'un sous-échantillon de participants (n=12). Deux territoires d'organisations intégrées de santé et de services sociaux au Québec ont participé à ce projet.

Les données empiriques ont montré que le concept d'usage, bien qu'ayant des liens avec l'utilité et l'utilisation, contribue plus concrètement à comprendre le travail réel qui s'effectue au moyen d'outils cliniques. Parce que le travail effectif s'avère plus ample que les tâches prescrites, les intervenants ont défini ce que veut dire « Faire un OÉMC » d'une manière qui va bien au-delà de l'utilisation stricte de l'outil. C'est aussi ce qui a permis d'identifier des usages qui mobilisent d'autres outils, comme les notes évolutives, les formulaires de référencement, les plans d'intervention et même des outils disciplinaires. L'entrée par l'activité plutôt que par la prescription des usages a permis de décrire les rapports entre l'utilisateur, l'outil, l'objet d'intervention et le contexte. Après avoir décrit les composantes de chacun des espaces d'analyse des usages (le prescrit, l'effectif et le normatif), il a été possible de proposer une articulation de ces espaces, plutôt que de les opposer ou de les hiérarchiser. Enfin, l'observatoire que présente l'OÉMC a enrichi les matériaux théoriques qui expliquent les rapports qu'entretiennent les sujets avec des outils qui leur sont utiles, qu'ils utilisent dans leur quotidien et qu'ils transforment avec le temps par les usages qu'ils en font.

Mots-clés : usages, outils cliniques, évaluation, personnes âgées

SUMMARY

Professionals in the health and social services system see break into their practice a number of clinical tools whose utilization is mandatory, including in particular the *Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)*, which occupies an important place in their daily work with elderly people coping with loss of autonomy. If the benefits associated with the use of clinical tools were disseminated by their designers and promoters, the research community has shown very little interest until now for the effective use of this type of tools by professionals beyond the phases of experimentation and implementation. And, if the utility and utilization (instructions for use) of the OEMC are rather well outlined, its uses, that is to say, what the professionals do with the tool once it has been completed, remain quite vague regarding what lies outside the bounds of the prescribed dimension. In fact, more often than not, the attention paid to the effective use of this tool is linked to the identification of the gap between what is done by the professionals and what is taught to the professionals during training sessions. By acquiring a better understanding of how professionals use the OEMC in the specific context of intervention with elderly people at home, it will become possible to take into account the point of view and work activity of these professionals in order to influence the conception and implementation of clinical tools such as the OEMC and consider the gaps between the different uses not necessarily as weaknesses, but rather as spaces allowing for the re-conceptualization of tools and their uses with the designers, trainers and administrators responsible for assistance in the use of standardized clinical tools.

The utilization of a qualitative device allowed us to collect and analyze information from diverse data collection methods: written literature, semi-directed interviews made

with professionals from different disciplines (n=24) and prescribers occupying diverse proximity functions (administrators, counsellors, trainers) (n=7), and a number of days of non-participatory observation representing nearly 50 hours of time with a sub-sampling of participants (n=12). Two territories in Québec where health and social services are integrated participated in our research project.

Empirical data have showed that the concept of use, while having ties to the notions of utility and utilization, contributes more concretely to the understanding of the real work that is done with clinical tools. Given the fact that the effective work is proving to be more ample than the prescribed work, professionals gave a definition of the expression “to complete an OEMC” that goes beyond the strict utilization of that tool. This allowed us to identify a number of uses which mobilize diverse other tools, such as evolution notes, reference forms, individualized services plans, and even disciplinary tools. Examining the situation from the perspective of activity instead of the prescribed uses allowed us to describe the relationships between the professional), the tool, the object of intervention, and the context. Having described the components in each space of analysis of the different uses (what is prescribed, what is effective, what is normative) of the tool, we were able to propose an articulation of these spaces rather than hierarchizing or opposing them. Finally, the use of the OEMC as an observatory have enriched of the theoretical materials explaining the relationships of the professionals with the clinical tools that are useful to them, that they use on a day-to-day basis and that they modify over time with the uses they made of them.

Key words: Use, utilization, clinical tool, assessment, aged people

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	iv
Summary	vi
LISTES DES TABLEAUX	ix
LISTES DES FIGURES	x
REMERCIEMENTS	xi
AVANT-PROPOS	xii
LISTES DES ACRONYMES	xiv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	6
1.1 Contexte de l'étude	6
1.1.1 Le vieillissement de la population	6
1.1.2 Les caractéristiques des problématiques cliniques liées au vieillissement	8
1.1.3 L'évaluation et ses outils	10
1.1.4 Identifier les problèmes	11
1.1.5 La formalisation de l'évaluation clinique par les outils	13
1.1.6 L'outil d'évaluation multiclientèle	18
1.2 État des connaissances	26
1.2.1 Définir l'usage	27
1.2.2 Les usages des outils d'évaluation multidimensionnelle	38
1.3 Matériaux théoriques	46
1.3.1 Les théories de l'activité	47
1.3.2 Les concepts essentiels des théories de l'activité	56
1.3.3 Le Modèle des Situations d'Activités Instrumentées de Rabardel	63
1.3.4 Les rapports entre le sujet et l'instrument	69
1.3.5 L'activité de conception des outils	72
1.3.6 Les catachrèses	75
1.3.7 Synthèse des matériaux théoriques	78
1.3.8 But et objectifs de l'étude	81
1.3.9 Conclusion	82
CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	83
2.1 Stratégie d'acquisition	84
2.1.1 Finalité	84
2.1.2 Objectif de connaissance	85
2.1.3 Dispositif de recherche	87
2.2 Stratégie d'observation	89
2.2.1 Population cible	89
2.2.2 Échantillonnage	90
2.2.3 Procédures de recrutement et déroulement de l'étude	91
2.2.4 Méthodes et outils de collecte	93

2.3 Stratégie d'analyse	103
2.3.1 L'analyse qualitative.....	104
2.3.2 L'analyse de contenu	105
2.5 Considérations éthiques	111
CHAPITRE 3 RÉSULTATS	113
3.1 Descriptions des échantillons.....	114
3.1.1 L'échantillon de milieux.....	115
3.1.2 L'échantillon de participants	118
3.2 Usages de l'OÉMC et de ses outils compagnons.....	119
3.2.1 L'OÉMC (2009)	120
3.2.2 Le plan d'intervention.....	157
3.2.3 La note évolutive	168
3.2.5 Les outils maison et les formulaires de référencement.....	172
3.2.4 Les systèmes électroniques : RSIPA et autres.....	177
3.3 Les conditions qui modulent l'usage de l'OÉMC	194
3.3.1 L'utilisateur.....	194
3.3.2 Les outils.....	209
3.3.3 L'objet.....	215
3.3.4 Le contexte.....	217
CHAPITRE 4 : DISCUSSION GÉNÉRALE	236
4.1 Autour des espaces d'analyse des usages.....	236
4.1.1 L'espace de la prescription de la tâche	236
4.1.2 L'espace de l'activité	247
4.1.3 L'espace de la normativité.....	260
4.2 Portée et limites des résultats	264
4.3 Recommandations	267
4.3.1 Pour les concepteurs	267
4.3.2 Pour les décideurs	269
4.3.3 Pour les formateurs	270
4.3.4 Pour les gestionnaires	272
CONCLUSION.....	274
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	277

LISTES DES TABLEAUX

TABEAU 1 : PARTIES DE L'OÉMC	18
TABEAU 2 : LE SMAF.....	19

TABLEAU 3 : EXEMPLES D'ÉCARTS ENTRE DES USAGES ATTENDUS ET DES USAGES EFFECTIFS	24
TABLEAU 4 : MOTS-CLÉS ET DÉCLINAISONS	27
TABLEAU 5 : STRATÉGIE DE LA 2 ^E RECENSION D'ÉCRITS	39
TABLEAU 6 : STRATÉGIE D'OBSERVATION VISÉE POUR CHACUN DES SITES	92
TABLEAU 7 : PRÉSENTATIONS DES MILIEUX	117
TABLEAU 8 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES INTERVENANTS	118
TABLEAU 9 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PRESCRIPTEURS	119
TABLEAU 10 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS CONCERNANT L'OÉMC, SES USAGES EFFECTIFS, SES USAGES PRESCRITS ET LEURS ÉCARTS.....	191

LISTES DES FIGURES

FIGURE 1. MODÈLE DE SITUATIONS D'ACTIVITÉS INSTRUMENTÉES DE RABARDEL (1995).	66
FIGURE 2. MODÈLE TRIPOLAIRE DE HOLLINGEL (1990).....	67
FIGURE 3. MODÈLE DES SITUATIONS D'ACTIVITÉS COLLECTIVES INSTRUMENTÉES DE RABARDEL (1995)	69
FIGURE 4. ESPACE TRADITIONNEL DE L'ANALYSE DE L'USAGE.....	79
FIGURE 5. ESPACE SOUS-EXPLORÉ DE L'ANALYSE DE L'USAGE DES OUTILS CLINIQUES ..	80
FIGURE 6. SCHÉMA INTÉGRATEUR DES ESPACES D'USAGES	81
FIGURE 7. FINALITÉ ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE SELON TROIS NIVEAUX DE CONNAISSANCE.....	87
FIGURE 8. DIAGRAMME D'ANALYSE.....	107
FIGURE 9. PLACE DE L'OÉMC POUR LES TS/TTS	125
FIGURE 10. PLACE DE L'OÉMC POUR LES PROFESSIONNELS DE LA RÉADAPTATION ET LES INFIRMIÈRES/INFIRMIERS.....	128
FIGURE 11. ARTICULATIONS DES ESPACES D'USAGES.....	263

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : MODÈLE DE COURRIEL À ENVOYER POUR LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS INTERVENANTS	284
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE-INTERVENANTS	285
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTREVUE-PRESCRIPTEURS.....	290
ANNEXE 4 : GRILLE D'OBSERVATION	293
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	294
ANNEXE 6 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT-INTERVENANTS	295
ANNEXE 7 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT-PRESCRIPTEURS.....	295
ANNEXE 8 : ARBRE DE CODAGE	306
ANNEXE 9 : CERTIFICAT ÉTHIQUE	314

REMERCIEMENTS

- Je tiens en premier lieu, à remercier tous les professionnels, les gestionnaires de proximité et les formateurs pour leur honnête et généreuse contribution à tout ce projet de thèse.
- Merci à mes co-directeurs, Nicole Dubuc et Philippe Maubant qui m'ont témoigné une grande confiance dans la conduite de ce projet et qui ont su me transmettre leurs savoirs et leur expertise en recherche.
- Merci aux membres du Jury d'avoir accepté de consacrer de leur précieux temps à l'évaluation de ma thèse et à ma soutenance. Leurs suggestions et commentaires m'ont été d'un soutien appréciable.
- Merci à mes collègues Nathalie Delli-Colli et Dominique Gagnon qui m'ont permis d'avoir des ressources financières et humaines pour appuyer le déroulement des collectes et du traitement des données de recherche.
- Merci à mes nombreuses personnes que j'ai côtoyé depuis mes débuts dans les programmes de gérontologie, en 2008. Collègues, étudiants et professionnels de recherche avec qui j'ai eu le bonheur d'apprendre durant ces années.
- Ils sont nombreux et fort appréciables aussi, tous ces chercheurs et chercheuses pour qui j'ai travaillé et de qui j'ai gardé une méthode, un instrument, une manière de concevoir la recherche, etc. Tout ce qui compose maintenant mon coffre à outils.
- Merci à mes amis et amies, ceux et celles qui le sont depuis longtemps et qui suivent mon cheminement avec une certaine intrigue et aussi ceux et celles qui le sont devenus au fil de ce périple qui trouve son dénouement heureux, aujourd'hui. Puisseons-nous nous réjouir de ce que la vie nous offre de projets encore insoupçonnés.
- Enfin, des remerciements sincères à celui qui n'a jamais cessé de croire que j'y arriverais, à ma manière, c'est-à-dire lentement, mais avec profondeur et conviction! Merci Yves, et que la vie soit bonne encore pour nous!

AVANT-PROPOS

À nos anciens collègues de travail qui nous demandent si nous nous ennuyons de la pratique, nous leur répondons aujourd'hui que nous y sommes encore, car ce qui nous motive, c'est son amélioration. Nous croyons fermement que les pratiques et les sciences s'enrichissent mutuellement, sans que cela veuille dire qu'elles sont équivalentes.

À nos collègues actuels, qui sont des étudiants, des assistants ou des professionnels de recherche et des chercheurs (si nous pouvons nous permettre de les considérer d'ores et déjà à ce titre), qui nous demandent quelle est notre contribution à l'avancement des connaissances scientifiques, nous leur demandons de consentir à quelques efforts, car il en faut pour faire bouger ce que l'on tient pour vrai. Ainsi, doivent-ils regarder ce travail en acceptant de sortir de leurs cadres habituels d'analyse des pratiques pour aborder l'usage comme étant un concept qui dépasse l'utilisation prescrite ou attendue et l'écart qui se crée entre les deux lors de la mise en œuvre. Il leur faut entrer avec nous par l'activité, c'est-à-dire par ce qui se fait réellement, en laissant à la porte les notions de bien et de mal, de bon et de mauvais, bref toutes ces catégories dichotomiques qui privent les objets de leur épaisseur et de leurs nuances. Aussi, nous leur demandons de considérer que le point de vue que nous soulignons, soit celui de l'utilisateur réel, n'est pas qu'un moyen pour le contraindre davantage, pour qu'il fasse ce qu'on attend de lui, mais bien un regard généreux, «oblatif» écrivit Bourdieu (1993), postulant que l'utilisateur fait ce qu'il doit, eu égard aux possibles de son activité. Au prix de ces efforts, ils constateront que l'espace d'usage qui appartient aux utilisateurs est bien vaste et bien complexe, souvent bien raisonnable, car adaptatifs à la situation de travail.

L'intention qui traverse cette thèse n'est pas de déclarer *in fine* qui a tort ou raison entre les praticiens et les scientifiques, mais bien de montrer la seule issue possible pour se sortir du combat des vérités : penser l'usage au pluriel et articuler ces points de vue dans un mouvement de réflexion qui contient les excès des uns et des autres et qui, plutôt, en rend la pleine intelligibilité.

Comme le rappelle Hamel(1997), la science doit à la fois se garder de ne pas tenir compte exclusivement du sens commun, pas plus qu'elle doit l'exclure, car ce dernier, ou ce qui est donné à voir, est aussi une voie d'accès à la connaissance, sans être la seule. Le scientifique a pour tâche de révéler au sens commun les faits qui apparaissent muets ou ombragés. Dans cette perspective, « il n'est de science que du caché » (Hamel, 1997, p.27). Ainsi canalisée, la science a pour but, sinon pour mérite d'éclairer l'arrière-plan des faits par lequel leur réalité se fait jour et s'explique en vérité, dans la mesure où, par son office, s'établit définitivement un rapport de conformité entre la connaissance et les faits.

Entrons ensemble dans cet univers méconnu qu'est l'espace de l'usage effectif des outils cliniques multidimensionnels dans lequel se joue la mise en œuvre d'instruments qui se proposent d'augmenter non seulement le savoir-faire de leurs utilisateurs, mais également leur capacité d'agir, leur capacité à réaliser les mandats et les missions qui leurs sont confiés.

LISTES DES ACRONYMES

AVD : activités de la vie domestique

AVQ : activités de la vie quotidienne

CASSAD : Comité d'allocation de services-Soutien à domicile

EESSAD : entreprise d'économie sociale en soutien à domicile

I-CLSC : plate-forme de gestion de l'information clinique et administrative des centres locaux de services communautaires

MSSS : ministère de la santé et des services sociaux

OÉMC : outil d'évaluation multiclientèle

OÉMD-SMAF : adaptation française de l'OÉMC – outil d'évaluation multidimensionnel qui comprend aussi la partie SMAF

PI : plan d'intervention

PID : plan d'intervention disciplinaire

PII : plan d'intervention interdisciplinaire

PSI : plan de services individualisé

RAI : *Resident assessment instrument*

RSIPA : module de la solution informatique du réseau de services intégrés aux personnes adultes

SAD : soutien à domicile

SAPA : programme soutien à l'autonomie des personnes âgées

SMAF : système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

SYMO : système de mobilité (logiciel infirmier en soins à domicile)

INTRODUCTION

Les professionnels de la santé et des services sociaux sont confrontés sur une base quotidienne à devoir prendre des décisions dans des situations cliniques irréductiblement marquées par l'incertitude et la complexité. Or, un moyen reconnu pour gérer adéquatement ces deux aspects est l'évaluation, considérée comme l'activité fondatrice de l'intervention (Jaeger, 2007) auprès de divers usagers des services et soins de santé, dont les personnes âgées. De plus, pour augmenter la capacité d'agir des professionnels, leurs interventions s'appuient de plus en plus sur une gamme d'outils cliniques qui s'inscrivent dans des finalités diverses, mais le plus souvent complémentaires. Par exemple, certains outils permettent de circonscrire et d'identifier les problèmes rencontrés par les usagers, ce sont des outils d'évaluation, tandis que d'autres présentent les réponses adaptées aux besoins identifiés et aux volontés de la personne, ce sont les outils de planification. D'autres types d'outils s'insèrent dans les pratiques pour mettre à la disposition des intervenants des savoirs probants (algorithmes, outils d'aide à la décision, etc.). Tous ces outils constituent le coffre à outils des intervenants.

Depuis 2002, le gouvernement québécois a convenu de l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) pour identifier de façon multidimensionnelle les besoins des personnes âgées qui requièrent des services à domicile, et ce, partout au Québec. La standardisation de l'évaluation, et donc de l'outil clinique utilisé pour l'effectuer, a été justifiée par l'ampleur et la complexité des problèmes associés au vieillissement, des retombées possibles sur la santé et sur le bien-être de la population âgée, et des impacts potentiellement positifs sur l'organisation du système de santé et sur

les coûts individuels et sociaux qui en découlent (Lacombe, Hébert & Carrier, 2007; Benoit, Tousignant, Allard, Bergeron, Dubuc, & Hébert, 2007). L'OÉMC est présenté comme un moyen pour augmenter la capacité d'identifier et de comprendre les problèmes et les besoins des usagers pour, sur cette base, être en mesure de leur offrir les réponses adéquates et cohérentes.

Si les outils cliniques ne font pas toute l'intervention (Nélisse, 1998), ils y occupent une place de plus en plus cruciale et incontournable. Toutefois, il semble bien que leur utilité attendue diffère selon le point de vue des concepteurs et promoteurs, et celui des utilisateurs. L'observation des pratiques professionnelles indique qu'il existe de nombreux écarts entre l'utilisation et les usages, c'est-à-dire entre ce qui est prescrit et attendu, et ce qui est réellement fait. Par exemple, alors que chaque section de l'OÉMC a été pensée comme nécessaire et interdépendante aux autres sections, des travaux ont montré que des sections sont peu, mal, voire pas documentées. De plus, l'évaluation se trouve souvent faite à la hâte; elle est escamotée, incomplète, effectuée par obligation, avec une utilité faiblement perçue. De même, les liens attendus entre l'évaluation et les interventions proposées ne sont pas toujours repérables (Belzile, 2010).

Ces constats montrent bien que la seule existence des outils, même ceux dont l'efficacité est démontrée par la science, ne garantit pas leur utilisation comme attendue ni leur usage adapté aux situations de travail. Il se passe donc quelque chose dans leur mise en œuvre, dans ce que nous appelons l'usage effectif. Cela contribue à penser l'usage comme un objet d'étude pertinent, notamment pour enrichir la conception des outils ainsi que les stratégies de leur diffusion (formation, soutien technique, etc.) et leur implantation durable dans la pratique.

Deux sphères de l'usage apparaissent et se conjuguent ici. D'abord, l'**usage prescrit**, qui s'apparente en gros à l'utilisation que nous avons introduite plus haut, passe le plus souvent par les canaux de la formation. Celle-ci transmet des connaissances techniques sur l'outil, sur la problématique qu'il porte, sur l'intention des concepteurs de l'outil clinique, sur la procédure à appliquer pour garantir les résultats escomptés, etc. Cette forme d'usage est celle qui est sans conteste la plus fréquemment étudiée et la plus valorisée. Il existe un *a priori* (aux fondements tayloristes) associé à cette forme d'usage qui conçoit qu'une bonne pratique découlera logiquement d'une bonne formation et, inversement, qu'une mauvaise pratique devra être recadrée par une telle formation.

Puis l'**usage effectif**, soit celui qui se déploie en dehors des temps formels de formation ou de supervision, c'est-à-dire dans la pratique quotidienne. Cette forme d'usage est peu documentée malgré ses incidences sur l'outil, sur l'objet d'intervention et sur son utilisateur. Il en va de même pour l'usage des outils cliniques, pour lesquels peu d'importance est accordée au rôle des utilisateurs dans leur développement. De même, l'usage d'un outil clinique ne s'attarde pas souvent à ce qui se modifie dans le travail du fait de son insertion. Plus finement, la durée de l'usage, c'est-à-dire l'usage qui se déploie dans le temps, au-delà de la phase d'implantation expérimentale, pourrait contribuer à la transformation de l'utilisateur et de l'outil. Idéalement, un cercle réflexif devrait lier la conception, la formation, la diffusion et l'usage des outils, dans un processus continu proche de la Roue de Deming (*Plan, Do, Check, Act*), ce avec quoi cette thèse est convergente, en matière d'amélioration continue et d'utilisation des bons coups.

La thèse se propose en effet d'ouvrir le dialogue entre les formes d'usage (prescrite et effective) pour comprendre non seulement ce que les outils font à l'intervention, mais ce

que les intervenants font avec ces outils et comment ils les transforment par l'usage. L'OÉMC utilisé auprès de personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle a constitué l'observatoire central pour reconstruire les usages effectifs et saisir ce qui les sous-tend. Les outils qui lui sont *de facto* associés ont également constitué l'observatoire de cette thèse, car dans l'usage de l'OÉMC, ils sont essentiels. La pertinence sociale et scientifique de cet observatoire découle de l'effort de standardisation de l'OÉMC et de son utilisation obligatoire à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, et donc par son usage durable dans le temps.

Nous allons préciser brièvement le contexte de l'étude au regard du vieillissement et des caractéristiques des problèmes cliniques qui y sont reliées, en portant une attention particulière à l'évaluation des besoins et aux outils qui soutiennent cette activité clinique. Par la suite, nous passerons en revue les connaissances scientifiques qui traitent de l'utilité, de l'utilisation et de l'usage des outils cliniques dans l'intervention, en explicitant davantage l'observatoire que constituent les outils d'évaluation multidimensionnelle. Les matériaux théoriques qui ont permis d'analyser les données empiriques seront présentés de manière détaillée pour montrer leur contribution originale à la compréhension des usages des outils cliniques.

Une synthèse des connaissances sera construite au moyen d'une figure d'analyse des usages des outils cliniques (chapitre 1). Nous présenterons par la suite les stratégies méthodologiques qui ont été déployées pour collecter et pour analyser les données (chapitre 2). Enfin, les résultats de cet exercice visant à mieux comprendre les usages effectifs des outils cliniques par les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux seront présentés suivant les objectifs de l'étude. Bien qu'une place plus ample ait

été octroyée à l'OÉMC, d'autres outils qui l'accompagnent (le plan d'intervention, la note évolutive, les formulaires de référence et le module de la solution informatique du réseau de services intégrés aux personnes adultes, ici après désigné par RSIPA) seront présentés selon leurs usages effectifs (objectif 2), leurs usages prescrits (objectif 1) et les écarts qui s'observent entre les deux premiers (objectif 3). Les conditions d'usage (objectif 4) et les recommandations (objectif 5) feront l'objet de sections distinctes (chapitre 3).

Enfin, dans le cadre de la discussion, nous confronterons nos résultats avec ceux produits par d'autres études scientifiques pour ainsi dégager la contribution spécifique de notre projet doctoral qui trouve son aboutissement dans cette thèse.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Pour arriver à circonscrire l'objet d'étude qu'est l'usage d'outils cliniques dans l'intervention auprès de la personne âgée dont l'autonomie fonctionnelle est altérée, une mise en contexte s'impose afin de présenter la pertinence de s'y intéresser. Pour cette contextualisation, nous présenterons quelques données sur le vieillissement de la population, les particularités des problématiques que rencontrent les personnes âgées concernées, l'évaluation et ses outils avec une présentation plus détaillée de l'OÉMC.

Nous allons aussi faire l'état des connaissances autour de l'objet « usage », dans un premier temps pour mieux le définir et, dans un second temps, pour voir comment il est ou non une préoccupation en ce qui concerne les outils d'évaluation multidimensionnelle. Les matériaux théoriques qui ont soutenu le développement de ce projet de recherche seront décrits et eux-mêmes situés de manière à les insérer dans le corpus de connaissances qui a été développé au sujet des outils, des personnes qui les conçoivent ou les utilisent, et de leurs usages prescrits et effectifs. En appui sur ces éléments, le but et les objectifs de recherche seront définis pour clore ce premier chapitre.

1.1 Contexte de l'étude

1.1.1 Le vieillissement de la population

Le vieillissement général de la population est un phénomène social de grande ampleur, car il recoupe quatre formes de transitions : démographique (le vieillissement), épidémiologique (la transformation des maladies et des causes de mortalité), conceptuelle

(les solutions qu'il faut apporter) et fonctionnelle (la mise en œuvre de ces solutions). Comme c'est le cas dans l'ensemble des pays industrialisés, le Québec doit revoir ses priorités en matière d'organisation des services en raison de l'importance de ces transitions.

Sur le plan démographique, le vieillissement est global et rapide. En effet, toutes les projections populationnelles vont dans le sens d'un accroissement rapide et important du nombre et de la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, et ce, en s'appuyant sur divers scénarios qui prennent en compte, l'espérance de vie, l'immigration et le taux de fécondité (Payeur & Azeredo, 2015). Ainsi, on estime que les Québécois âgés de 65 ans et plus passeront de 15,7 % de la population québécoise en 2011 à 25,2 % de la population totale en 2031 (Payeur & Azeredo, 2015).

Si, au Québec, les personnes âgées de 65 ans et plus appartiennent à la catégorie « aînée », il faut cependant bien considérer que ce critère n'est pas universel. L'absence de consensus dans les écrits scientifiques, qui considèrent différents âges (50 ans, 55 ans, 60 ans, 65 ans, 75 ans, 80 ans) à partir desquels on reconnaît à une personne le statut d'aîné, illustre bien que l'âge chronologique ne suffit pas à déterminer le vieillissement. Ce dernier est donc une affaire conceptuelle qui tend à articuler une panoplie d'indicateurs qui modulent diverses réalités contrastées selon le genre, le niveau d'autonomie, les conditions socio-économiques, le lieu de résidence et la culture (Cardinal *et coll.*, 2008). Ceci montre comment la catégorie « aînée » s'applique à un groupe pour le moins hétérogène qui ne saurait être réduit à l'âge chronologique. Dans ce contexte, l'usage d'un outil d'évaluation multidimensionnelle permet de contourner le débat sur l'âge pour se concentrer sur les indicateurs cliniques du vieillissement.

Si le vieillissement s'entend sous l'angle de l'espérance de vie, les statistiques distinguent depuis une vingtaine d'années l'accroissement du nombre d'années de vie et la qualité de la vie, qui s'exprime en termes de bonne santé. C'est la dimension épidémiologique qui fait ici son entrée dans le paramétrage du vieillissement. En effet, la qualité de la vie ne croît pas dans les mêmes proportions que l'allongement des années de vie (Lecours, Murphy, Dubé & Godbout, 2013; Arcand & Hébert, 2007), et ce, même s'il nous faut reconnaître les progrès accomplis, que ce soit sur les plans des conditions et habitudes de vie, de même que dans la prestation des soins et des services sociosanitaires. Le fait demeure que le nombre d'aînés qui vivent avec des maladies chroniques ou qui présentent des indices de fragilité augmente.

Enfin, la présence de ces maladies peut entraîner des incapacités fonctionnelles qui caractérisent aussi le vieillissement. Selon les données les plus récentes de *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (Lecours et coll., 2013), 57 % des aînés présentent une incapacité fonctionnelle, un taux qui s'accroît avec l'âge (48% chez les 65-74 ans, 69,3% chez les 75 ans et plus, et 84% chez les 85 ans et plus). C'est ainsi que la vie gagne en longévité, mais pas nécessairement en qualité et en mieux-être.

1.1.2 Les caractéristiques des problématiques cliniques liées au vieillissement

Avec le vieillissement, les problèmes de santé se conjuguent et augmentent en complexité. Cette dernière fait référence aux nombreux problèmes en présence, à leur comorbidité et à leur chronicité. C'est ainsi que la complexité devient la caractéristique emblématique d'une grande proportion des situations cliniques liées au vieillissement.

Comme Arcand et Hébert (2007) nous le rappellent, les cliniciens doivent composer au quotidien avec la prévalence élevée des incapacités physiques, des problèmes cognitifs et des syndromes gériatriques variés, auxquels s'ajoutent le croisement et la chronicité de ces problèmes.

Une autre caractéristique des problèmes que rencontrent les personnes âgées tient aux impacts fonctionnels qui appellent divers types de compensations (matérielle, humaine, pharmacologique, technologique, etc.), afin de conserver une autonomie fonctionnelle optimale. Plusieurs dimensions de leur vie peuvent être touchées par la présence d'une ou de plusieurs problématiques : physique, psychologique, affective, familiale, sociale, financière, etc. Cela commande d'aborder les problématiques et leurs effets fonctionnels dans leur multi dimensionnalité, ce qui contraint les personnes concernées par l'intervention (professionnel, usager, proche aidant, gestionnaire) à développer une compréhension globale qui ne se satisfait pas d'une explication linéaire de cause à effet.

Il faut aussi considérer que les manifestations et les impacts d'un problème se modulent selon les personnes, leur histoire de vie et l'environnement dans lequel elles vivent. C'est ce qui compose la singularité des cas et ce qui appelle la personnalisation des soins et des services. Une telle personnalisation est soutenue positivement par une évaluation multidimensionnelle des besoins et ressources de la personne (Couturier, Bonin & Belzile, 2016).

Une chose est certaine, intervenir, à plus forte raison dans des situations complexes et singulières, requiert une connaissance de la situation de la personne usagère. C'est ce que se propose de faire l'évaluation multidimensionnelle, qui devient alors un moyen privilégié de construire cette connaissance sur laquelle viendront s'appuyer les choix

d'intervention pour maintenir, notamment, l'autonomie fonctionnelle, ou encore diminuer, ralentir ou compenser son déclin.

1.1.3 L'évaluation et ses outils

Si l'incertitude est présente sur tout le continuum de l'intervention, elle se révèle remarquablement en amont, notamment dans la capacité de l'intervenant à identifier les problèmes sur lesquels va s'orienter l'intervention. C'est la raison pour laquelle l'activité d'évaluation exige que l'on s'y arrête un instant.

Comme dans bien des domaines de la société (éducation, emploi, etc.), l'évaluation est au cœur de l'activité des professionnels de la santé et des services sociaux. Elle forme un processus continu qui occupe différentes temporalités de l'intervention : tantôt précédant la décision (s'inscrivant alors dans une visée diagnostique¹); tantôt ponctuant le cours de l'intervention (dans le but d'apprécier l'évolution de la situation) ou de son aboutissement (pour valider la résolution des problèmes ou l'atteinte des objectifs) (Jaeger, 2007). Pour se réaliser, l'évaluation requiert chez l'intervenant des connaissances et des habiletés, aussi bien pour effectuer la collecte de données que pour l'analyse et l'interprétation de ces données, en vue d'une décision prise en faveur d'un changement dans les situations problématiques que rencontrent les personnes. Ainsi, «L'évaluation se situe à la croisée de la connaissance et de la décision [...] En mettant en résonance la réalité et l'idéalité, l'objectif qui est visé à terme est le changement social» (Robin, 2013, p. 30).

¹ Le mot diagnostique est employé ici (et par la suite), comme un terme général (non restrictif à la médecine), qui comprend l'identification d'un problème à partir de signes et de symptômes, ce qui permet de poser un jugement.

L'évaluation pose donc plusieurs enjeux, dont celui de la capacité des intervenants à identifier, puis à interpréter, les symptômes et les signes² cliniques associés à une problématique. Dans le cas qui nous intéresse, cette problématique est la perte d'autonomie fonctionnelle, soit une condition clinique qui se caractérise par ses caractères évolutif et complexe.

1.1.4 Identifier les problèmes

Dans les situations problématiques liées au vieillissement, évaluer, c'est reconnaître, puis nommer un problème (ou poser un diagnostic) à partir de signes et symptômes cliniques en présence. Dans nombre de situations, une première difficulté apparaît du fait qu'il est rarement possible de s'appuyer sur des informations objectives pour identifier les problèmes, contrairement à ce qui se passe spécifiquement dans le domaine médical qui dispose d'avancées technologiques qui permettent non seulement d'objectiver plusieurs des problèmes physiques rencontrés, mais qui facilitent aussi leur détection avant même que se manifestent les symptômes. Pensons par exemple aux examens sanguins ou à l'imagerie médicale qui soutiennent l'évaluation clinique du médecin. Dans les autres domaines d'intervention, plusieurs problématiques (ex. : la maltraitance, le risque de chute ou l'épuisement des aidants) ne peuvent être identifiées que sur la base de la présence de symptômes et de signes plus ou moins faciles à repérer et à interpréter. Ainsi, il n'existe pas de tests objectifs permettant de confirmer la présence de ces problématiques avant que leurs manifestations puissent être observées par l'intervenant

² Le symptôme est observable; il est le signe apparent et révélateur d'un état sous-jacent existant. Le signe s'entend en termes de probabilité (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010).

(signes ou symptômes objectifs) ou rapportées par la personne (signes ou symptômes subjectifs).

Une seconde difficulté réside dans le fait qu'un même signe clinique peut exprimer différents problèmes. Ainsi, plusieurs problématiques se présentent à la manière d'un indice composite, c'est-à-dire un indicateur synthétique d'un ensemble d'indicateurs singuliers. Par exemple, la dénutrition est tantôt un diagnostic ou une cause, ou encore un facteur de risque pouvant être associé à un autre problème comme la chute, la maltraitance, la mauvaise guérison d'une plaie, etc. La documentation de ce problème exige donc non seulement une collecte de données rigoureuse, mais une mise en relation des informations obtenues, soit une interprétation, pour que soient formulés un diagnostic et des solutions adaptées à la situation clinique.

Comme les illustrations qui précèdent le montrent, identifier un problème n'est pas chose facile. Cette activité est le plus souvent marquée par une grande part d'incertitude. Plusieurs intervenants préfèrent d'ailleurs passer outre cette étape pour aller directement aux moyens, c'est-à-dire plonger dans le *faire* (Robin, 2013). Cette auteure interprète cette prédilection pour le *faire* comme un déni d'évaluation particulièrement présent chez les intervenants «ancrés dans une dynamique d'aide» (Robin, 2013, p. 182). Ceux-ci contournent la formulation du diagnostic en rapportant les éléments observés, puis inscrits dans l'outil, mais en ne les mettant pas explicitement en lien. Ainsi, les descriptions peuvent être justes et bien documentées, mais leur interprétation n'a pas le caractère global attendu. Avec l'obligation déontologique et réglementaire de produire des plans d'intervention (PI), cette manière de faire pose un problème puisque les interventions doivent s'inscrire dans une logique d'identification des problèmes, traduits

en besoins à partir desquels des objectifs sont formulés, puis des moyens sont proposés. Mais avant d'en arriver là, l'évaluation doit se rendre visible et explicite, et les outils cliniques permettent d'aller en ce sens.

1.1.5 La formalisation de l'évaluation clinique par les outils

L'évaluation et ses instruments ne sont pas neutres. L'évaluation consiste à confronter les informations recueillies (ici au moyen d'un outil) à un ensemble de critères soumis à une interprétation, en vue de prendre une décision (De Ketele, 2010; Bouquet, Jaeger & Sainsaulieu, 2007). L'outil clinique d'évaluation permet ainsi de dresser un portrait de la situation de la personne et, au final, il engage une lecture du monde, selon des perspectives diverses (politique, éducative, morale, éthique, légale, etc.) qui ont présidé à sa conception.

L'usage d'outils dans le processus d'évaluation clinique réactive des tensions épistémologiques qui, le plus souvent, opposent deux grands paradigmes, le positivisme (qui se réclame de l'objectivité) et le constructivisme (qui valorise les subjectivités). Ainsi, certains intervenants ne peuvent penser l'évaluation en-dehors de l'usage d'outils métriquement valides, et donc objectifs et objectivant, tandis que d'autres privilégient une évaluation qui s'effectue dans un mode informel et intuitif, donc sans recours à des outils précis. Ces derniers craignent de dissoudre les subjectivités en présence, au profit d'une objectivation de ce point de vue réductrice des sujets (Robin, 2013). Il semble donc que l'outil en soi ou, quel qu'il soit, fait figure d'objectivation, une figure tantôt recherchée, tantôt rejetée.

De plus, les représentations associées aux usages des outils cliniques se déploient sur un continuum borné par deux pôles. Ainsi, le pôle technophobe trouve sa légitimité dans la dimension subjective de l'évaluation et dans l'impossibilité d'enfermer les personnes aux prises avec des problèmes dans des catégories objectives. Le pôle technophile, lui, ne conçoit que ce qui est objectivable et place tous ses espoirs dans les outils standardisés et la technologie pour mettre à distance le facteur subjectif. Ainsi, la seule présence des outils est, de ce point de vue, garante de réussite, car estimée moins faillible que l'intervention humaine qui génère risques et erreurs potentielles. Bien entendu, ce continuum, parce qu'un continuum permet des postures intermédiaires permettant d'articuler ces deux postures trop souvent réduites à des oppositions caricaturales.

La place qu'occupent les outils cliniques et la valeur qui leur est reconnue ne sont donc pas les mêmes selon que ceux-ci sont perçus comme des alliés ou comme des ennemis de l'intervention (Robin, 2013). Même si les outils ne font pas tout le travail, même si on ne peut pas tout leur attribuer, les malheurs et les grandeurs de l'intervention, leur usage (y compris leur non-usage) révèle tout de même des postures bien définies face à la valeur accordée à l'intervention instrumentée (Nélisse, 1998).

L'évaluation clinique, c'est-à-dire qui se fait par l'observation directe auprès de la personne, bien qu'elle ne se limite pas à l'usage strict des outils, les utilise régulièrement. Les informations collectées durant l'entretien clinique d'évaluation se présentent souvent empiriquement de manière désordonnée; l'outil permet alors de les organiser pour les mettre en lien de manière à les «faire parler», c'est-à-dire à les interpréter en fonction de catégories logiques d'un point de vue professionnel et organisationnel (Berg, 1992; 1996). L'introduction d'outils dans l'intervention permet aussi de réduire les disparités

interindividuelles des évaluateurs, de rendre explicites les impressions et les observations, de laisser des traces, de fonder les décisions, de permettre l'évaluation de la qualité de l'acte professionnel, etc. Cela semble d'autant requis que les problématiques liées au vieillissement présentent des contours mal définis, mais dont les conséquences sur la santé et le bien-être sont bien réelles. Insérer des outils cliniques pour intervenir sur des problématiques complexes permet de formaliser (dans le sens premier de mettre en forme) l'intervention. Cependant, un risque demeure, celui de minorer les subjectivités et d'écarter les singularités des situations cliniques.

Parmi l'ensemble des outils cliniques qui sont utilisés pour identifier ou évaluer des problèmes, nous allons nous concentrer, à partir de maintenant, sur les outils utilisés pour réaliser des évaluations multidimensionnelles³. Ces outils ont été conçus pour caractériser l'ensemble de la situation (globalité) vécue par une personne âgée en vue d'identifier ses besoins (singularité) auxquels des réponses (moyens/services) les plus adéquates possible doivent être mises en œuvre. Somme et ses collègues (2010) donnent une définition dynamique de l'activité d'évaluation multidimensionnelle et de ses finalités :

Une évaluation multidimensionnelle est une procédure utilisée pour décrire de façon systématisée l'ensemble des besoins d'une personne dans les sphères biologiques, psychologiques, sociales, fonctionnelles en interaction avec les conditions d'environnement, cela afin d'établir les meilleures procédures pour mobiliser les services nécessaires dans un plan de services individualisé ou le terme « service » doit être entendu comme inclusif à la fois des services de santé et de l'aide sociale, mais également des services rendus à la personne par des proches aidants et non professionnels. (p. 9)

Ces outils permettent de dresser un portrait panoramique de la situation de la personne et du fait de leur caractère multidimensionnel, ils sont susceptibles d'être compris et

³ Parmi les plus connus : la suite d'outils Inter-RAI, CANE, HART, OASIS, HONOS, PLAISIR, OÉMC, l'OÉMD-SMAF, etc.

utilisés par différents professionnels. Lorsque leur utilisation n'est pas réservée à un groupe professionnel, ils peuvent contribuer au développement d'un interlangage (Couturier & Belzile, 2016) qui a pour effet de rendre ce portrait global compréhensible et cliniquement significatif pour un ensemble d'intervenants. Cette utilisation qui, on le comprend, va bien au-delà de l'entrée des données, participe à la recherche de qualité dans l'organisation des services sociaux et de santé puisque les choix (cliniques et managériaux) qui se présentent peuvent trouver appui sur un processus d'évaluation clinique rigoureux qui s'opère notamment à l'aide d'outils standardisés qui présentent, idéalement, de bonnes qualités métriques.

Bien que les outils d'évaluation multidimensionnelle puissent varier d'un contexte sociopolitique à un autre, leur conception et leur logique d'utilisation demeurent *grosso modo* les mêmes : la planification et la dispensation des services se pensent en fonction des besoins/problèmes qui ont été identifiés à l'aide d'un outil qui dresse un portrait global de la personne et de son environnement, ce qui comprend les dimensions biopsychosociales. Cela évite de renvoyer dos à dos ou de hiérarchiser les domaines en présence (Robin, 2013). Ce type d'outils d'évaluation est de plus en plus répandu et utilisé, mais il ne se substitue pas aux autres outils d'évaluation disciplinaires ou spécialisés qui fournissent des données plus précises pour agir sur des problèmes spécifiques requérant des connaissances approfondies.

Tous ces outils d'évaluation se présentent ici comme des opérateurs de l'évaluation, des moyens mis à disposition des intervenants pour augmenter leur capacité d'intervention. Par conséquent, la conception multidimensionnelle de l'outil clinique d'évaluation est non seulement un avantage, mais une nécessité.

Le Québec a ainsi vu se développer l'OÉMC, qui inclut le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) qui rencontre les standards de qualités métriques (Hébert, Guilbault, Desrosiers & Dubuc, 2001).

Conformément aux recommandations du *Comité aviseur sur l'outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis, notamment en institution ou à domicile* (Kaufmann et coll., 2000), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a procédé à l'implantation de l'OÉMC en 2002, à la grandeur du Québec, en vue d'une utilisation obligatoire auprès de la population vieillissante en perte d'autonomie.

Outre sa puissance clinique, cet outil est au cœur de la modernisation de l'organisation des services sociaux et de santé au Québec. Notons, par exemple, que le modèle d'intégration des services sur lequel se fonde le Québec pour conduire ses réformes s'appuie fortement sur ces outils, puisque sur les neuf indicateurs qui servent à l'évaluation du niveau d'intégration⁴, trois concernent les outils cliniques (l'OÉMC, les PI et le système d'information). On peut de ce fait affirmer que les outils occupent une place incontournable dans le système de santé et des services sociaux au Québec. La section qui suit présente les grands paramètres de conception de l'OÉMC, son contenu et ses usages attendus.

⁴ Selon le monitoring du MSSS effectué par à l'*Outil de suivi de l'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées* : <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000099/?&date=DESC>. Cet outil est auto-complété par les organisations. Il comprend 60 items (48 questions et sous-questions) déclinés autour de neuf composantes, et dont le résultat exprime le degré d'implantation du réseau de services intégré, en pourcentage.

1.1.6 L'outil d'évaluation multiclientèle

L'évaluation, telle qu'elle est conçue et tel qu'elle se présente dans l'OÉMC, tend à lier la recherche d'objectivation à la considération clinique des subjectivités. Cet outil d'évaluation multidimensionnelle pose un regard évaluatif et multidimensionnel sur l'autonomie fonctionnelle de la personne. Il comporte des sections standardisées et d'autres ouvertes, permettant d'orienter le jugement clinique. Il se structure en trois grandes parties : l'une se caractérise par l'objectivation qu'elle produit, c'est le SMAF, qui génère un profil standardisé de besoins qui permet de situer la personne évaluée au regard d'un groupe de référence ; les deux autres parties complètent l'évaluation en abordant différents aspects de manière compréhensive⁵ (tableau 1), au moyen de questions ouvertes et de recueil d'informations non objectivées, mais factuelles.

Tableau 1 : Parties de l'OÉMC

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE	
PARTIE A	
État de santé	Habitudes de vie
1. Histoire de santé personnelle et familiale et diagnostics actuels.	1. Alimentation.
2. Santé physique actuelle.	2. Sommeil.
3. Santé psychique actuelle.	3. Consommation de tabac.
4. Soins particuliers.	4. Consommation d'alcool et de drogues.
5. Médication.	5. Activités personnelles et de loisirs.
6. Services de santé actuels.	
PARTIE B : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)	
PARTIE C :	
Situation psychosociale	Conditions économiques (Capacité à rencontrer ses obligations...)
1. Histoire sociale.	
2. Milieu familial.	
3. Aidant(s) principal(aux).	Environnement physique
4. Réseau social.	1. Conditions du logement.
5. Ressources communautaires, publiques et privées.	2. Sécurité personnelle et environnementale.
6. État affectif.	3. Accessibilité.
	4. Proximité des services.

⁵ Il faut ici entendre le qualificatif compréhensif non comme une traduction littérale de l'anglais, mais en tant que référence à l'usage qui en est fait dans les sciences sociales, c'est-à-dire comme une approche sensible aux subjectivités concernées.

7. Perception de l'utilisateur.	Synthèse (contexte, problèmes prioritaires, attentes de l'utilisateur, facteurs de risque, orientation suggérées)
8. Sexualité.	
9. Croyances et valeurs personnelles, culturelles et spirituelles.	

Les parties A et C sont les sections non standardisées de l'outil, ce qui implique qu'il n'y a pas de choix de réponses, pas de cotation et que, par conséquent, les informations consignées peuvent varier en fonction du niveau de détail que recherche l'évaluateur. Pour le SMAF (tableau 2), cela diffère. Cette section réunit 29 rubriques qui ont été développées selon la Classification des incapacités de l'Organisation mondiale de la santé. Les 29 éléments sont regroupés autour de cinq catégories ou domaines d'incapacités : les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les activités de la vie domestique (AVD). L'échelle mesure les incapacités selon cinq niveaux, de manière à identifier les problèmes qui seront traduits en besoins si les ressources compensatrices ne sont pas présentes ou si elles ne peuvent poursuivre leur action.

Tableau 2 : Le SMAF

ACTIVITÉS		
AVQ (activités de la vie quotidienne)	Mobilité	AVD (activités de la vie domestique)
<ul style="list-style-type: none"> • Se nourrir • Se laver S'habiller • Entretenir sa personne • Fonctions vésicales • Utiliser les toilettes 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferts • Marcher à l'intérieur • Installer prothèse/orthèse • Se déplacer en FR • Utiliser les escaliers • Circuler à l'extérieur 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretenir la maison • Préparer les repas • Faire les courses • Faire la lessive • Utiliser le téléphone • Utiliser transport • Prendre ses médicaments • Gérer son budget
Communication	Fonctions mentales	
<ul style="list-style-type: none"> • Voir • Entendre • Parler 	<ul style="list-style-type: none"> • Mémoire • Orientation • Compréhension • Jugement • Comportement 	

Les résultats permettent de statuer sur 1- la capacité fonctionnelle de la personne; 2- les ressources de l'entourage qui compensent ou qui peuvent compenser l'incapacité; 3-

la stabilité ou non des ressources de l'entourage de la personne; 4- le handicap (présence d'une incapacité sans ressource technique ou humaine pour la compenser) devant être comblé.

La section SMAF se concrétise dans 14 profils catégoriels Iso-SMAF qui sont produits à partir des scores obtenus. Ces profils indiquent la proportion des atteintes pour chacun des cinq domaines d'incapacités. Cette classification répond à des intérêts cliniques qui peuvent se conjuguer avec une pertinence managériale, en offrant aux gestionnaires une information clinique fiable pour prendre leur décision, par exemple concernant l'allocation des ressources. Actuellement, les profils sont utilisés pour déterminer l'accès à certains services comme l'hébergement ou la gestion de cas.

L'OÉMC a fait l'objet de phases de bonifications de contenu (2004, 2009, 2016), de même que se sont développés à sa suite des outils-compagnons comme les plans d'interventions, le PRISMA-7, le SMAF-social, les outils de cheminement cliniques informatisés). L'OÉMC a été utilisé dans ses versions papier de 2002 à 2006. Il se déclinait alors en différents outils et dérivés auxquels étaient associées différentes couleurs: la prise de contact (vert), l'OÉMC (bleu), le profil évolutif qui permettait de faire les mises à jour de l'OÉMC (saumon) et le plan d'intervention et d'allocation de services (rose). La version de 2006 a été informatisée, puis légèrement bonifiée en 2009. La version informatisée est alors identique au formulaire papier avec des saisies en texte libre pour la majorité des sections à l'exception du SMAF. La dernière version, celle de l'OÉMC bonifiée date de 2016 s'articule avec les outils de cheminement clinique informatisés (OCCI) qui sont présentement en implantation. Nos travaux se sont

déroulés en amont de ce changement majeur et c'est pourquoi l'OÉMC dont il est question dans cette thèse est celui de 2009, qui est disponible dans la plate-forme RSIPA.

Ses usages se sont aussi élargis pour ajouter au clinique, un usage utile pour la gestion (les profils Iso-SMAF). Ainsi, depuis sa conception différents travaux scientifiques ont été complétés afin d'augmenter sa pertinence (Hébert, 2003; Dubuc, Hébert, Desrosiers & Buteau, 2004; Dubuc, Bonin, Tourigny, Matthieu, Couturier, Tousignant, Corbin, Delli-Colli & Raïche, 2013; Raïche, Hébert, Dubois, Gueye, & Dubuc, 2014).

Bien que la plate-forme informatique RSIPA ne soit pas l'objet qui nous intéresse directement, il est néanmoins essentiel de la considérer à titre de condition de l'usage de l'OÉMC. Depuis avril 2009, le MSSS a déployé progressivement la *solution informatique RSIPA*, qui intègre les outils cliniques qui sont utilisés partout au Québec : l'OÉMC (2009) et le calcul intégré des profils Iso-SMAF en 2010, le module de planification en 2014-2015 et le SMAF social, qui est maintenant une composante de l'OÉMC (2009), depuis 2015. Le MSSS décrit ainsi le RSIPA⁶ :

Cette solution met à la disposition des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux divers outils informatisés afin de soutenir le processus d'évaluation clinique de la personne adulte. Elle contribue ainsi à améliorer les services offerts aux personnes en perte d'autonomie par la disponibilité et la rapidité d'accès à des informations à jour et de qualité sur les usagers. Elle facilite la communication et la concertation entre les intervenants d'un même établissement impliqués dans les soins dispensés à l'utilisateur. Enfin, des rapports contenant des données de gestion soutiennent la planification globale des services à la clientèle des personnes adultes.

Actuellement, trois modules du RSIPA sont en fonction. Le module d'*Évaluation* se compose de l'OÉMC (2009), qui inclut le SMAF social. Ce dernier outil a été développé à partir de la même logique visant à déterminer dans quelle mesure les besoins liés aux

⁶ <http://www.ti.msss.gouv.qc.ca/Familles-de-services/Actifs-informationnels/RSIPA.aspx>

incapacités évaluées sont comblés ou non par des ressources humaines ou techniques. Il se présente sous la même forme et avec la même échelle de mesure que le SMAF. Ses six items portent sur

- 1) les activités sociales et récréatives,
- 2) les relations sociales,
- 3) les ressources sociales,
- 4) les rôles sociaux,
- 5) les attitudes,
- 6) l'expression de soi.

Ses qualités métrologiques (validité de construit convergente, fidélité test-retest et interjuges) ont été vérifiées auprès d'une population âgée de 55 ans et plus en perte d'autonomie et vivant en établissement d'hébergement de longue durée ou à domicile (Pinsonnault, Dubuc, Desrosiers, Delli-Colli & Hébert, 2009). Il se présente comme une nouvelle partie de l'OÉMC (2009)⁷, mais le score qu'il produit est actuellement indépendant de celui du SMAF; il ne contribue donc pas au calcul du profil d'autonomie fonctionnelle, le profil Iso-SMAF.

Le module de *planification* comprend trois grands types de plans d'intervention : le plan disciplinaire (PD), le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et le plan de services individualisé (PSI). Les changements qui se sont produits dans le passage du format papier au format électronique ont été beaucoup plus importants pour ces derniers outils que pour l'OÉMC. Les liens entre l'évaluation et la planification ont néanmoins été reconduits dans les attentes des prescripteurs.

Enfin, un troisième module de *notes* est utilisé par certaines organisations, mais il n'est pas paramétré ni obligatoire, et aucune donnée de gestion n'en est tirée.

⁷ Dans la version 2016, chaque item du SMAF social est inséré aux endroits pertinents avec une section sociale plus standardisée que celle de 2009. Il n'est plus une section distincte de l'OÉMC.

On le voit, l'OÉMC a donné lieu à plusieurs travaux de bonification, dont les derniers en cours concernent les *Outils de cheminements cliniques informatisés-OCCI* (Dubuc, et coll., 2013) dont trois des cinq phases prévues sont en implantation progressive sur l'ensemble du territoire québécois jusqu'en décembre 2018. Les travaux d'information des deux autres phases des OCCI seront complétés d'ici 2022.

Comme plusieurs autres outils d'évaluation multidimensionnelle, l'OÉMC ne remplace pas l'ensemble des outils cliniques utilisés, mais son usage répandu et transversal aux professions le rend incontournable dans les situations complexes qui accompagnent la perte d'autonomie fonctionnelle. Bien qu'ayant été conçu pour être utilisé auprès d'une variété de clientèles (pas seulement les personnes âgées), son utilisation s'est surtout systématisée dans les services SAPA⁸.

1.1.7 L'OÉMC à l'épreuve de l'usage

Comme la plupart des autres outils d'évaluation multidimensionnelle, l'OÉMC semble rencontrer l'accord de principe des différents acteurs du système de santé et des services sociaux (décideurs, gestionnaires, intervenants) quant aux avantages de son utilisation. Si le processus d'évaluation, de même que ses outils, requiert de la rigueur et de la constance dans la méthode, cela ne suffit cependant pas à produire des évaluations utiles pour poser de bons diagnostics et utilisables pour planifier les services. Comme pour toute mise en œuvre, il est raisonnable de penser que l'utilisation attendue par les

⁸ Le programme « Soutien à l'autonomie des personnes âgées » regroupe tous les services destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage, que ces services soient dispensés dans un établissement ou à domicile. Il s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, principalement due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause. L'appellation SAPA remplace, depuis le 4 février 2013 « Perte d'autonomie liée au vieillissement ». (<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Listes.aspx?Name=y9M4IcKgFYapz02jKwkUg==&Key=hhKpcdsNkJJS+eg2gWNwm7A==&OrderByClause=8jnVPckjX8dPG+Ajs/DIA==&idDimension=xzRYLDqWyHI>)

concepteurs et promoteurs de ces outils soit en décalage dans l'usage que les intervenants en font concrètement. En fait, l'usage, ou plutôt les usages qui en sont faits sont très peu documentés, autrement qu'en quantifiant les outils complétés (ce qui renvoie à l'utilisation), sans trop savoir ce que les intervenants font réellement de ces outils. C'est d'ailleurs l'utilisation et non l'usage que mesure le MSSS lorsqu'il documente leur implantation. Ainsi, ce que nous connaissons de l'utilisation de l'OÉMC s'exprime par le nombre d'outils complétés annuellement, mais nous n'avons pas une idée juste de ce qui y est effectivement fait avec et par ces outils.

Bien que, ou malgré que, l'utilisation de l'OÉMC ait été fortement imposée par la voix du MSSS, des variations d'usage (ex. : l'outil est complété partiellement, voire mal complété, sous-utilisé, ou utilisé à d'autres fins que celles attendues) ont pu être observées dans le cadre de différentes études (Dubuc, Bonin, Mathieu, Tousignant, Tourigny, Morin & Couturier, 2011; Belzile, 2010; Somme *et coll.*, 2010, etc.).

Les quelques constats suivants, au regard des usages de deux outils cliniques majeurs et interreliés que sont l'OÉMC (2009) et les PI⁹, illustrent l'état des pratiques dans lesquelles se révèlent des écarts entre les usages prescrits ou attendus et les usages effectifs. Ces observations sont tirées des travaux de maîtrise de l'auteure (Belzile, 2010) et de deux projets (projet 4 et 5) de l'équipe des IRSC sur la fragilité et le vieillissement (Dubuc, *et coll.*, 2011).

Tableau 3 : Exemples d'écarts entre des usages attendus et des usages effectifs

USAGES ATTENDUS	USAGES RÉELS
L'OÉMC et le PI sont d'abord des outils cliniques.	Les intervenants perçoivent d'abord la valeur administrative de ces outils. Leurs motivations pour le faire sont d'ordre administratif (critère d'accès, exigence, recherche). Faible attribution de valeur clinique.

⁹ Pour alléger le texte et faciliter la compréhension, nous utiliserons l'expression PI pour désigner toutes les formes qu'il peut prendre : disciplinaire, interdisciplinaire ou plan de services individualisé.

<p>Les plans d'intervention sont individualisés puisque construits de manière à répondre aux besoins identifiés avec l'OÉMC.</p> <p>Ils permettent de faire un portrait de tous les problèmes et de tous les services offerts/dispensés, de suivre la mise en œuvre des moyens choisis, des acteurs impliqués, de la temporalité et du degré d'atteinte des objectifs poursuivis.</p>	<p>Écarts entre les besoins collectés et identifiés</p> <ul style="list-style-type: none"> des interventions ou des services ne se rattachent pas aux besoins identifiés dans l'OÉMC ou des besoins identifiés ne sont pas rapportés dans l'outil de planification <p>Ils sont incomplets (peu de mention des dispensateurs de services non professionnels, des proches aidants et du médecin de famille), peu personnalisés, peu partagés, rédigés pour rendre compte de ce qui a été fait (passé) plutôt que de planifier ce qui va être fait (futur), et plus versés dans le « curatif » que dans le préventif (ex. pas de référence aux déterminants sociaux de la santé).</p>
<p>Le plan d'intervention est un moment privilégié pour tenir compte des volontés de l'utilisateur. La personne (ou son représentant) prend les décisions qui la concernent et ses aspirations doivent primer et fonder les choix qui sont faits. Les besoins identifiés lors de l'évaluation (OÉMC) sont traités en fonction de l'utilisateur et non pas en fonction de l'offre de service.</p> <p>Tous les besoins (comblés et non comblés) retenus par l'utilisateur doivent apparaître dans le PI ainsi que leur mise en priorité convenue avec celui-ci.</p>	<p>Le point de vue de l'utilisateur et de ses proches est rarement transcrit de même que le processus qui a conduit aux choix d'intervention ou de services, qui ont été faits.</p> <p>Les besoins non comblés ne sont pas mentionnés dans les PI. Le format papier est évoqué pour expliquer l'incomplétude par manque d'espace et les difficultés de mises à jour lisibles.</p>
<p>La mise à jour de l'OÉMC et du PI se fait au moins chaque année ou lorsque la situation de la personne change. Le monitoring doit se faire en continu, c'est-à-dire que les besoins comblés et ceux non comblés avec l'offre de services effective actuellement doivent être identifiés de même que l'apport du réseau naturel.</p>	<p>Les mises à jour des informations sont le plus souvent déficientes puisqu'elles semblent se faire de manière aléatoire, ce qui restreint la qualité de l'information disponible ainsi que la pertinence du transfert d'information.</p>
<p>Les outils permettent de faire circuler une information complète et à jour, disponible en temps réel.</p> <p>La valeur des outils cliniques réside aussi dans leur contribution à la circulation de l'information.</p> <p>Le contenu du PI devrait être validé avec la personne ou son représentant.</p>	<p>Les informations disponibles sont souvent caduques ou incomplètes. Tous les partenaires n'ont pas accès à l'information contenue dans les outils cliniques.</p> <p>Le repérage des informations dans le dossier clinique de l'utilisateur (DCU) est difficile du fait que plusieurs informations sont dispersées dans les notes évolutives et ailleurs dans le dossier clinique plutôt que dans les outils d'évaluation et de planification (notamment les suivis). Cela traduit un retour à des pratiques préimplantations de l'OÉMC qui vont à l'encontre de la continuité informationnelle et de l'efficacité du travail clinique interprofessionnel.</p> <p>Les PI ne sont pratiquement lus que par leurs rédacteurs et pour y trouver des informations qui se trouvent aussi ailleurs dans le DCU</p>

<p>La transition technologique devrait mieux soutenir la rédaction des OÉMC et des PI, leur suivi (mise à jour) et leur partage. La solution RSIPA du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec est en fonction depuis 2010.</p>	<p>Toutes sortes de contraintes empêchent l'utilisation optimale des versions électroniques des outils cliniques sur la plate-forme RSIPA : chaque intervenant n'a pas accès à un portable, le réseau internet est inaccessible à domicile, le manque d'aisance de certains intervenants avec les interfaces technologiques, des croyances que les technologies nuisent à la relation d'aide, la coexistence de plusieurs systèmes d'information non compatibles et non interopérables, etc.</p>
<p>L'analyse des écarts (positifs ou négatifs, évitables ou non) entre le probant, le planifié, peu importe leurs sources telles que le patient, les cliniciens ou le système (ressources humaines, matérielles et organisationnelles) devraient être plus saillantes dans le format électronique.</p>	<p>Les écarts sont généralement attribués aux utilisateurs et au manque de ressources organisationnelles : humaines et matérielles; parfois à l'outil lui-même, ou plutôt à son support papier considéré comme désuet et inefficace.</p>

Comme il a été montré, la valeur des outils et leur diffusion (incluant la formation) ne suffisent pas à garantir leur bonne utilisation. Il y a quelque chose qui se passe dans l'usage effectif qu'en font les utilisateurs. Une part obscure, celle qui concerne les usages effectifs, doit être mise au jour pour faire en sorte que les outils cliniques puissent être améliorés à cette lumière. En comprenant comment et pourquoi les intervenants utilisent l'OÉMC (2009) comme ils le font, il sera possible de considérer leur expérience d'utilisateurs pour modifier des outils cliniques afin qu'ils correspondent davantage à ce dont ils ont besoin pour mieux faire leur travail.

1.2 État des connaissances

La recension des écrits s'est faite en deux temps. Elle a d'abord cherché à conceptualiser l'usage des outils cliniques (peu importe le type d'outil et de problématique) employés auprès de personnes âgées vivant à domicile. Puis, une deuxième recension a regardé plus spécifiquement l'usage des outils d'évaluation multidimensionnelle qui sont utilisés pour intervenir auprès des personnes âgées.

1.2.1 Définir l'usage

La première recension s'est effectuée en consultant deux grandes banques de données anglophones : Medline et Cinhal. Dans un premier temps, les mots-clés ont été choisis de manière à capter le plus de déclinaisons possible. Puis, les déclinaisons permettant de mieux capter les composantes ont été retenues. Les mots-clés identifiés par les auteurs des articles scientifiques ont été ajoutés dans les déclinaisons finales, telles qu'elles sont présentées ci-après :

Tableau 4 :Mots-clés et déclinaisons

INTERVENTION	USAGE	OUTIL	AÎNÉS	SERVICE A DOMICILE
Intervention Practice	Usage Utilization Acceptance Use Using	Tool Instrument Clinical Assessment	Aged Old people Elder*	Home Care Home Services Community

L'exercice a permis de retenir 15 articles, dont 4 recensions systématiques (*systematic reviews*) dont nous avons aussi tiré quelques références pertinentes pour comprendre ce qui est entendu lorsqu'il est question de l'usage. Rapidement la diversité des outils cliniques s'est révélée. Ces outils se subdivisent selon les problèmes qu'ils visent à circonscrire (douleur, inaptitude, incontinence, etc.), selon les professionnels pour qui ils ont été développés (infirmières, physiothérapeutes, etc.), selon les séquences de l'intervention (dépistage, évaluation, prise de décision, suivi, etc.), selon qu'ils recherchent l'identification d'un problème précis ou qu'ils s'occupent de plusieurs dimensions d'une problématique.

S'il n'est pas requis ici de détailler les caractéristiques de chacun des outils cliniques qui ont fait l'objet de ces études, car tel n'est pas notre objet de recherche, il est tout de même utile de les situer dans le processus général d'intervention (Duncley, Hughes, Addington-Hall, & Higginson, 2003). De manière générale, les outils cliniques permettent :

- 1) d'identifier des problèmes de santé;
- 2) de guider le choix des traitements et des interventions;
- 3) d'évaluer l'efficacité des traitements et des interventions.

L'activité évaluative, c'est-à-dire la mise en œuvre des tâches associées à l'évaluation, se trouve souvent confrontée à diverses formes de complexité, dont celle de la documentation des informations (qui doivent être cohérentes, valides et fiables) qui mènent à l'identification des problèmes sur lesquels l'intervention portera. De plus, l'évaluation déborde de la tâche prescrite par l'outil en raison de la part de subjectivité et de la variété des manifestations singulières en termes de signes ou de symptômes de chaque situation clinique qui se donne à être évaluée (LaDonna, Koopman, & Venance, 2013, Skelton, Kunik, Regeve, & Naik, 2011, Bourbonnais, Perreault & Bouvette, 2004). Tout ceci conduit à des prises de décisions dont il faut estimer les impacts sur l'utilisateur, mais aussi sur le système d'intervention (Couturier & Belzile, 2016). Sans toujours l'affirmer clairement, plusieurs auteurs imputent à l'outil clinique sa capacité à fonder les choix reliés à la gestion (planification, dispensation et effets des soins) des problèmes identifiés (Goodmann, Davies, Norton, Fader, Morris, Wells, & Gage, 2013; La Donna, *et coll.*, 2013). Les fondements scientifiques qui ont présidé à la construction des outils

cliniques contribuent à leur attribuer une valeur, tant d'un point de vue professionnel que managérial.

Par-delà ces considérations générales, notre attention s'est avant tout portée sur les manières de considérer et de définir l'usage au travers des études qui concernaient toutes des outils cliniques différents. Hormis le regard posé par des théories de l'usage, le concept d'usage était *a priori* difficile à définir de l'intérieur même du domaine spécialisé des écrits scientifiques sur les outils cliniques. Dans les écrits recensés, on a néanmoins retrouvé des mots qui côtoient l'usage sans être précisément inscrits dans le domaine théorique qui nous intéresse.

Après une analyse attentionnée, des nuances ont été dévoilées entre les mots « utilité », « utilisation » et « usage », mots qui se côtoient fréquemment, sans qu'ils soient par ailleurs distingués conceptuellement. Nous avons fait ressortir les nuances et le sens accordé à chacun de ces mots tels qu'ils ont été utilisés dans les études recensées. Ainsi, nous avons repéré les éléments distinctifs de chacun des mots (tout en considérant les subtilités de l'opération de traduction de l'anglais au français), pour construire une définition permettant de distinguer l'utilité, l'utilisation et l'usage. Ces définitions ont présidé aux choix des mots dans la suite de la thèse.

L'utilité

L'utilité semble constamment présente dans la manière plus ou moins explicite de concevoir l'usage, la première, participant à la seconde. Il y a plusieurs points de vue sur l'utilité des outils cliniques, selon qu'elle est présentée par les concepteurs des outils ou qu'elle est exprimée par leurs utilisateurs. Ainsi, l'utilité affirmée par les concepteurs ou

les promoteurs s'inscrit souvent dans le processus de diffusion de l'outil. Dans une perspective d'intéressement, ou de gestion de l'engagement des utilisateurs potentiels, l'utilité affirme le plus souvent la légitimité de l'outil par sa pertinence pour l'amélioration de l'intervention. Cette contribution potentielle à la qualité s'exprime en termes de meilleure connaissance des problématiques, d'identification facilitée des symptômes, d'efficacité des traitements choisis, de prise en compte des conséquences reliées aux choix d'interventions (LaDonna, et coll., 2013). La légitimité de cette utilité se construit aussi sur la base de l'intégration des connaissances produites par la recherche. Les outils sont ici considérés comme un condensé de connaissances favorisant ou facilitant leur transfert dans les pratiques (Strandberg, Eldh, Forsman, Rudman, Gustavsson, & Wallin, 2014). Les concepteurs font alors valoir que pour les professionnels, les outils construits sur la base des données scientifiques leur permettent de fonder leurs décisions cliniques au regard des meilleures interventions à préconiser (Bruder, Taylor, Dodd, & Shield, 2013).

L'utilité est aussi évoquée par les concepteurs sur la base des retombées escomptées que peuvent avoir les outils sur les usagers et sur les professionnels-utilisateurs. Sur l'usager, ces effets se traduisent par une amélioration de sa qualité de vie (Goodman, *et coll.*, 2013), une plus grande satisfaction, une personnalisation des soins (Bruder, *et coll.*, 2013), etc. Pour les professionnels, l'utilité des outils cliniques est présentée comme facilitant le travail collaboratif (ex. : la prise de décision partagée entre professionnels), une meilleure planification et dispensation des soins, une plus grande satisfaction et un engagement plus grande dans le processus d'apprentissage. De plus, elle favorise un allègement de la charge de travail par la standardisation des tâches et des processus, ce

qui permettrait d'accroître la vigilance et de créer des conditions favorables à l'échange des connaissances et des expertises (Goodman, *et coll.*, 2013; Nakrem, Guttormsen Vinsnes, Harkless, Paulsen, & Seim, 2009).

L'utilité, aussi finement justifiée qu'elle peut l'être par les concepteurs, ne suffit cependant pas à faire en sorte que les outils soient choisis et adoptés par les utilisateurs potentiels. L'utilité pressentie, voire démontrée par la recherche, doit se confronter à l'utilité perçue par les intervenants avant de passer du côté de l'usage (Cutcliffe & Barker, 2004). Peu d'études ont montré l'appréciation des professionnels-utilisateurs des outils cliniques, sauf celle de Cutcliffe et Barker (2004), qui souligne que l'outil clinique a été apprécié pour sa capacité à guider l'entretien et à permettre d'explorer et de clarifier la situation de la personne. De plus, lorsque l'usager était incapable de participer à un entretien, l'outil a été utile comme base de discussions interprofessionnelles en clarifiant la présence ou non des variables-clés.

Sur la base de ces énoncés, l'utilité pourrait se définir comme *une attribution de valeur portant sur le caractère de ce qui sert à quelque chose de manière à produire de la satisfaction. Ainsi seront jugés utiles les outils qui permettent de plus ou de mieux agir.*

L'utilisation

L'utilisation s'apparente à l'utilité sans être totalement de même nature (Duncley, *et coll.*, 2003). Ainsi, la forme de l'outil (questionnaire, test, grille, etc.) ou son support (papier ou informatique) sont souvent considérés comme d'un grand intérêt pour comprendre ce qu'Okélo et ses collègues (2013) désignent par l'adhésion des professionnels. Cette adhésion va conduire à l'utilisation de l'outil promu. L'utilisation

est donc le fait d'employer l'outil, de le compléter, sans égard à la qualité du contenu : les taux de remplissage et la quantité d'informations consignées faisant le plus souvent foi de la bonne utilisation. Les résultats de la recension des écrits montrent qu'il est cependant difficile non seulement d'identifier les indicateurs de l'adhésion, mais également de les isoler les uns des autres. Par ailleurs, l'utilisation d'un outil clinique n'est pas nécessairement un gage de qualité, bien qu'il puisse y participer. Par exemple, un outil pour avoir un taux d'utilisation élevé, produire des résultats fiables, sans pour autant que cela soit signifiant pour les professionnels, qui n'en tiendront alors pas compte dans la réalisation de leur intervention.

Par ailleurs, la facilité d'utilisation participe à l'utilité perçue de l'outil. Hodgins (2002) a identifié trois caractéristiques qui encouragent une utilisation adéquate des outils cliniques : la fiabilité (*trustworthy*), la précision (*accuracy*) et la portée du sens qu'il produit (*meaningful*), auxquelles s'ajoute ce qui pourrait se traduire par la convivialité de l'outil, ce qui inclut le soutien à son utilisation (ex. : instructions claires).

Les barrières à l'utilisation des outils cliniques, soit celles qui contraignent le passage de l'intention à l'action, sont multiples (Cochrane, Olson, Murray, Dupuis, Tooman, & Hayes, 2007; Idell, Grant, & Kirk, 2007; Salbach, Cuilcher, Jaglal, & Davis, 2009; Bruder, *et coll.*, 2013). L'identification de ces barrières est souvent une manière de parler de l'utilisation. Le temps requis est probablement l'un des principaux obstacles mentionnés (Kajermo, Boström, Thompson, Hutchinson, Estabrooks, & Wallin, 2010; Idell, *et coll.*, 2007; La Donna, *et coll.*, 2013).

Il est possible de regrouper l'ensemble des barrières autour de quatre grandes catégories : l'une concerne l'intervenant, ses attitudes, ses comportements, ses habiletés,

ses connaissances, son expérience, etc.; l'autre considère l'outil comme tel, son accessibilité, sa structure, son applicabilité, etc.; la troisième s'intéresse aux caractéristiques du patient, sa culture, son éducation, sa cognition, ses attitudes et comportements, sa compliance; enfin, la dernière s'intéresse aux barrières systémiques et organisationnelles, comme le manque de ressources et de soutien, le manque de temps, le manque de cohérence et de flexibilité dans l'organisation du travail, le manque de clarté ou l'absence de processus et de procédure, les difficultés autour du travail en équipe multidisciplinaire, etc. (Cochrane, *et coll.*, 2007)

Ces barrières conditionnent l'utilisation, qui doit par le fait même s'analyser non seulement au regard des attributs de l'outil ou des caractéristiques de son utilisateur, mais également au regard des conditions dans lesquelles elle se réalisera. C'est pourquoi le changement de pratique que suppose l'introduction ou la modification d'un outil clinique requiert davantage qu'une formation, alors même que plusieurs prometteurs ne jugent que par la formation dans les milieux de travail (*an in-service session*), c'est-à-dire une formation de quelques heures qui présente des outils comme des recettes faciles. Ces formations ne sont pas associées à des stratégies de conduite du changement et de soutien par la suite (Idell, *et coll.*, 2007), ni de transformations organisationnelles, légales, etc. Il y a fréquemment une instrumentalisation des formations ou des outils qui, du seul fait de leur existence, sont associés à un changement considéré comme quasi automatique : « *To establish best practice for clinicians, clinical practice guidelines have been developed...* » (Idell, *et coll.*, 2007, p. 662). Cela ne nous renseigne aucunement sur leur usage effectif, sur ce que font réellement les utilisateurs des outils, ni encore moins pourquoi cette utilisation est adéquate (ou non) à l'attendu. Écrit autrement, ni la valeur

intrinsèque des outils, ni leur disponibilité, ne peuvent mener directement à la conclusion qu'ils sont utilisés; pas plus que les contenus de formation ne garantissent un passage direct et tel qu'attendu dans les pratiques.

Le comportement attendu (l'utilisation d'un outil) doit donc être considéré comme un véritable changement, c'est-à-dire comme le produit d'un processus qui nécessite une planification soignée et une démarche systématique qui prend en compte toutes les composantes en présence (Idell, *et coll.*, 2007). C'est la raison pour laquelle, si l'on veut avoir une réelle compréhension de l'utilisation que font les intervenants des outils cliniques, on doit non seulement s'attarder aux compétences et aux attitudes des professionnels, mais également aux facteurs environnementaux qui influencent l'atteinte du comportement attendu (Idell, 2007; Van Cleave, Kuhlthau, Bloom, Newacheck, Nozzolillo, Homer & Perrin, 2012).

À partir de ces éléments, nous pouvons définir l'utilisation comme *le résultat d'une action associée à une méthode qui permet de manier un outil de manière plus ou moins efficace*.

L'usage

L'usage, l'utilisation et l'utilité se présentent comme des objets qui traversent les discours sans que soit interrogée leur signification respective, et sans qu'ils soient constitués comme concepts ni objets spécifiques. Le sens commun préside à leur recours indifférencié et sans qu'une définition ne soit explicitement formulée, surtout pour ce qui concerne l'usage qui semble un impensé.

La multifinalité des outils cliniques ouvre peut-être une fenêtre pour observer ce qu'est l'usage, à quoi servent en pratique ces outils et à quoi ils pourraient servir. Nakrem (2009) reconnaît, par exemple, plusieurs bénéfices à la standardisation de l'évaluation qui passe par l'utilisation d'un outil (ex. : RAI-MDS) dans le contexte des admissions en maison de soins (*nursing home*). Plusieurs finalités peuvent être conjuguées autour de l'usage du même outil : en plus de fournir des données cliniques et démographiques utiles pour la planification des soins, les données peuvent aussi servir à monitorer la qualité, à déterminer l'admissibilité aux services ou encore aux allocations financières à la personne. Nakrem et ses collègues (2009) notent également que dans tous les cas de leur étude, sauf pour la Suède, il s'agit d'une évaluation standardisée utilisée à l'échelle nationale. Il constate que la conception de ces outils cliniques et leurs utilisations ne sont pas uniformes. Enfin, la pertinence de s'intéresser non seulement à la validité des outils, mais également à leurs usages est ici esquissée et formulée en termes de défi pour les recherches futures : « *Even if sensitive measurement tools, quality standards and systems for monitoring the quality are developed, there are future challenges in ensuring that they are used correctly, implemented effectively and responded to* ». (p. 855).

Dunckley et ses collègues (2003) parlent de l'usage comme étant une traduction des outils dans la pratique, un passage implicite de la théorie scientifique vers la pratique professionnelle. En s'intéressant aux pratiques, Van Cleave et ses collègues (2012) constatent que peu d'études décrivent des interventions qui permettent de faire le lien entre les résultats de tests de dépistage indiquant qu'il existe des problèmes et le suivi qui en est fait. Les données disponibles sont le plus souvent fragmentaires, car ne tenant pas compte du processus d'intervention, et difficilement généralisables car limitées à un site.

L'étude des usages nous permet donc d'accéder non seulement à la connaissance et à la compréhension qu'ont les professionnels du rationnel des outils (utilité) ou de la manière méthodique dont ils les utilisent (utilisation), mais également à ce qu'ils font avec ces outils, ce à quoi leur servira l'outil (usage). Par exemple, le fait de compléter l'OÉMC (l'utilisation) peut permettre d'entrer en contact avec l'utilisateur (usage A), de présenter une demande de service au comité d'allocation de ressources (usage B), de montrer qu'il a atteint la cible ministérielle quant au taux d'utilisateurs évalués (usage C), de transférer des données de l'OÉMC dans un formulaire de référencement (usage D), ou au besoin d'une composition de plusieurs de ces usages.

Par ailleurs, il semble que peu d'études ont examiné l'usage sur le long terme (*longterm sustainability*). La nouveauté et la création entourant les outils revêtent trop souvent plus d'intérêt que l'usage durable (Van Cleave, *et coll.*, 2012). Pourtant, bien au-delà de l'implantation des outils cliniques dans la pratique professionnelle, toute innovation (ici le développement et l'implantation d'un outil clinique) devrait aussi s'intéresser à la phase subséquente, celle de l'usage durable, ce qui implique de faire le suivi auprès des utilisateurs et de monitorer l'usage pour identifier ce qui est requis pour assurer la viabilité et la pérennité de l'innovation (Bourbonnais, *et coll.*, 2004).

Ainsi, il convient mieux de parler des usages, au pluriel. L'usage peut alors se définir comme *un ensemble de pratiques régulées et finalisées (par un individu, un groupe, une norme, etc.), et adaptatives à l'infinité des conditions de toutes natures (politiques, culturelles, symboliques, cliniques, organisationnelles, légales, pratiques, instrumentales, relationnelles, etc.) qui déterminent chacune des situations cliniques. L'usage, parce*

qu'il est adaptatif, donne accès à ce qui conditionne les écarts entre le souhaité et le réalisé.

*

Toutes les études de cette première recension traitent surtout de l'utilité et des utilisations, parfois des usages attendus, ou qui font l'objet de promotion, de formation, d'une diffusion, etc., mais peu rendent compte d'une des formes d'usage, l'effectif qui se déroule, semble-t-il, à l'abri du regard des chercheurs. Peu aussi observent l'usage qui se redéfinit avec le temps, avec les situations, avec l'expérience, avec les changements dans les contextes de pratique. Encore moins nombreux sont ceux qui questionnent ce que les utilisateurs font aux outils qui sont entre leurs mains, comment ils les transforment, les adaptent, les rejettent, les remplacent, les conjuguent avec d'autres, etc. L'usage se dissout dans les écrits scientifiques dans la démonstration de l'utilité ou dans l'identification des écarts entre la prescription et l'effectuation, écarts le plus souvent considérés comme des failles qu'il faut réduire le plus possible pour préserver l'intégrité de l'outil, position qui s'affirme selon nous sans égards à la réalité de la pratique professionnelle. Ce refus de la prise en considération profonde de l'usage effectif explique selon nous pourquoi un grand nombre d'outils, montrés efficaces par les études, sont dans les faits oubliés dans les tiroirs de leurs utilisateurs potentiels. Réinscrire les usages dans la boucle de conception des outils cliniques pourra en sauver quelques-uns.

Nous avons donc pris en considération quelques écrits qui tournent autour de l'usage effectif, sans en trouver qui l'atteignent vraiment. La majorité des études se concentrent sur l'outil clinique idéal, dont on s'efforce de démontrer la rigueur, l'utilité et, parfois aussi, l'éventail de ses utilisations potentielles (ex. : dans différents milieux, par

différents professionnels) avec un « léger » prérequis à l'utilisation, qui prend le plus souvent la forme d'une formation minimale développée et dispensée (dans le meilleur des cas) par le concepteur de l'outil en question.

Il est quand même surprenant que si peu d'études s'intéressent au devenir des outils au-delà de leur conception et de leur phase expérimentale d'implantation. Cela s'explique en partie par le fait que ce soit la force de conviction de l'utilité qui assure l'adoption de l'outil par les décideurs. Les écrits montrent qu'il subsiste une idée fantasmagorique des concepteurs qui croient pouvoir lancer leurs outils dans l'espace de la pratique, en préservant leur intégralité originale, sans égard aux conditions de ses usages. L'idée que leur outil subisse une quelconque altération les insupporte comme si, au contraire de tous les autres objets matériels, l'outil clinique pouvait être conservé intact, tel qu'il a été conçu, au moment de sa mise en œuvre. En d'autres mots, il y a peu d'attention portée aux utilisateurs et à ce qu'ils font avec les outils dont ils font usage.

1.2.2 Les usages des outils d'évaluation multidimensionnelle

Une deuxième recension des écrits scientifiques a été conduite pour capter les usages plus spécifiques aux outils d'évaluation multidimensionnelle (comme le RAI et le SMAF) utilisés auprès des personnes âgées vivant dans la communauté. En appui sur la première recension, nous avons raffiné notre recension pour tenter de capter les usages des principaux outils d'évaluation multidimensionnelle, sans prétendre les repérer tous, car notre objet est l'usage et non pas les outils comme tels. Nous avons aussi ajouté une banque de données. Nous avons aussi recensé des écrits dans la littérature grise qui sont présentés plus bas.

Tableau 5 : Stratégie de la 2^e recension d'écrits

Mots-clés		Équations				
A.	Aînés	elder* OR "older adult*" OR senior* OR "multiple care needs" OR "complex needs"				
B.	Outils	"multidimensional evaluation*" OR "multidimensional measure*" OR "multidimensional assessment*" OR "comprehensive evaluation*" OR "comprehensive measure*" OR "comprehensive assessment*" OR "Sickness Impact Profile" OR "Older Americans Research and Service Center Instrument" OR "Comprehensive Assessment and Referral Evaluation" OR "Patient Appraisal and Care Evaluation" OR "Resident Assessment Instrument" OR "Functional Autonomy Measuring System" OR "Multiclientele Assessment Instrument" OR "Late Life Function and Disability Instrument" OR "Functional Independence Measure" OR "Functional Status Questionnaire"				
C.	Services à domicile	"home care*" OR "home service*" OR "community based"				
D.	Usages prescrits, attendus, effectifs des utilisateurs	usage OR utilization OR use* OR utility OR view* OR acceptability OR acceptance OR barrier*OR facilitator* "expected usage" OR "expected utilization" OR "expected use*" OR "perceived usage" OR "perceived utilization" OR "perceived use*" OR "prescribed usage" OR "prescribed utilization" OR "prescribed use*" OR "actual use*" OR "effective use"				
RÉSULTATS						
Banques de données	N.d'entrées : Mots-clés : A	N.d'entrées : Mots-clés : B	N.d'entrées : Mots-clés : C	N.d'entrées : Mots-clés : D	N.d'entrées : Mots-clés : A + B + D	N.d'entrées : Mots-clés : A + B + C + D
Ageline + CINAHL + MEDLINE	491,023	26,335	124,998	8,177,296	1411 – 96 doublons = 1315 dont 24 pertinent(S) en fct du titre/abstract	144

Il est clairement apparu que les données présentées dans les 144 articles recensés concernaient, encore là, très peu l'usage effectif. Une majorité d'articles faisaient état de leur utilité clinique (ex. Barnabei, Murphy, Frijters, Dupaquier, & Gardent, 1997), didactique (ex. Cipriani, Landi, Sgadari, Zuccalà & Barnabei, 1995), managériale (ex. Zimmerman, 2003), et de leur renommée (ex. Hansebo & Kihlgren, 1998). Par exemple, dans l'étude d'Hansebo et Kihlgren, (1998), les infirmières, au sortir du programme de formation, pensaient que le RAI contribuerait à améliorer la qualité des soins, la documentation dans les dossiers cliniques, la coopération et l'engagement. Il s'agit de

résultats prospectifs, exempts des contingences de la réalité quotidienne, et non de pratiques révélatrices de l'usage effectif routinisé. Cette perspective prospective se retrouve aussi dans l'étude de Hawes et ses collaborateurs (2007) qui, après avoir montré l'utilité clinique de l'outil d'évaluation pour la planification des services, présente une utilité managériale potentielle pour déterminer l'accessibilité et l'allocation des ressources, le paiement, l'évaluation de la qualité et le monitoring, et même soutenir les décideurs politiques. Considérer des utilités multiples pour un même instrument ouvre la voie aux usages, sans toutefois plonger au cœur de l'usage effectif, car plusieurs utilités sont spéculatives, en ce sens qu'elles n'ont pas toujours franchi le cap de la mise à l'épreuve d'une pratique au-delà des cadres expérimentaux.

Outre le lien qui est établi entre l'utilisation de l'outil (ici le RAI) et l'amélioration de la qualité (Dellefield, 2007; Landi, Sgadari, Zuccala, Pahor, Carbonin & Bernabei, 1999; Hansebo & Kihlgren, 1998; Hawes, Fries, James, & Guihan, 2007; Cipriani *et coll.*, 1995), la bonne utilisation est surtout prescrite par et dans les formations. Ainsi, il est courant d'exiger des formations préalables à l'utilisation d'un outil. Les promoteurs d'outils utilisent aussi ces formations pour diffuser l'utilité des outils qu'ils ont conçus. La formation est considérée comme la pierre angulaire du « bon usage ». Plusieurs effets bénéfiques attribués à la formation, comme le changement d'attitudes, de comportement, de croyances, et même de satisfaction à l'égard du travail (Alfarah, Schünemann & Akl, 2010; Cipriani *et coll.*, 1995; Bernabei *et coll.*, 1997), tout ceci en lien direct avec l'amélioration des connaissances que la formation offre. L'outil peut même se proposer comme un instrument théorique et pratique de formation (Cipriani *et coll.*, 1995). Ainsi, un défaut d'utilisation (mauvaise ou non-utilisation) identifie souvent la cause comme

étant la réticence des utilisateurs qu'il faut redresser en repassant par la formation. Il faut ici noter que, jusqu'à maintenant, les utilisateurs jouent un rôle plutôt passif, l'usage se posant comme conséquence naturelle de la démonstration de l'utilité de l'outil et de la procédure diffusée par les formations (Orlando, Buchanan, Hahn, Christianson, Powell, Skinner, Chesnut, Blach, Due, Ginsburg, & Henrich, 2013).

Il semble aussi se dégager certaines constantes chronologiques dans les études sur les outils cliniques. Ainsi, dans les années 1980/1995, l'intérêt des chercheurs s'est porté surtout sur le développement et la démonstration de l'utilité des outils cliniques pour mieux intervenir. Il ne semble pas y avoir de dissidence quant à leur utilité, ce qui explique le peu d'intérêt à penser leur diffusion et leur implantation. Les années 1995-2018 vont s'intéresser à l'implantation des outils dans les pratiques, en postulant que la formation est le préalable de la percolation dans l'usage.

Pendant ces périodes, le nombre d'outils cliniques n'a cessé de grandir, mais leur mode de développement et de diffusion est demeuré sensiblement le même. Serions-nous maintenant rendus à reconsidérer les moteurs de l'usage en y incluant le rôle des utilisateurs dans la manière même de concevoir et d'adapter les outils cliniques aux conditions réelles de ceux qui sont appelés à les faire vivre au travers de l'usage? Un seul article, celui de Vanneste et collaborateurs (2015), s'est rapproché de l'usage effectif en s'intéressant aux conditions d'une utilisation soutenue dans le temps. Cette équipe s'est penchée sur les sections non ou mal complétées du RAI-Home care en Belgique, pour tenter d'en expliquer les causes et les conséquences. Ils affirment qu'à leur connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à cette question auparavant : « *To our knowledge, these aspects have never been studied before. This research will bring new insight into*

important facilitating and impeding conditions for performing a comprehensive assessment. » (p. 2). Les usages sont ici entendus de manière linéaire, à partir de causes qui produisent des effets. Les auteurs affirment que les problèmes de la qualité de la saisie des données sont rencontrés dans tous les pays qui utilisent le RAI. Ils ont identifié trois causes :

- 1) l'incapacité des intervenants à répondre à certaines rubriques, en raison du manque de temps, de l'impossibilité d'observer les faits ou par manque de formation;
- 2) l'impossibilité de trouver les données ou l'absence de quelqu'un de compétent et capable de fournir les informations (une collaboration interprofessionnelle déficiente);
- 3) l'absence d'outils de mesure pour spécifier l'ampleur ou la nature du problème documenté.

En termes de conséquences, ils expliquent la difficulté de produire des PI qui soient cohérents avec les besoins identifiés, d'éclairer le jugement clinique et de monitorer la qualité des interventions si les données collectées sont partielles ou manquantes. Le manque de qualité et de fiabilité des données devient une condition qui empêche des usages potentiels des outils d'évaluation. D'ailleurs, le plus souvent, les études qui s'intéressent aux barrières de l'usage apportent comme solution pour remédier aux difficultés rencontrées l'accroissement de la formation et du soutien clinique ou, parfois, elles affirment la nécessaire planification des ressources (Hawes, *et coll.*, 2007).

D'autres sources écrites ont été consultées pour essayer de capter comment l'objet *usage* est considéré quand il est question des outils cliniques. Différents rapports de comités d'experts mandatés pour trouver un outil d'évaluation globale pour leur territoire (Suisse, France, Australie) ont abordé plus ou moins directement les conditions et les difficultés rencontrées dans l'usage des outils cliniques d'évaluation multidimensionnelle. Ainsi, dans le rapport POEM (Somme *et coll.*, 2010), trois composantes influencent l'utilisation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle, au sens de la saisie des données (temps requis et manière de remplir):

- 1) l'outil en lui-même;
- 2) l'avancée dans l'appropriation de l'outil (le rapport insiste sur le fait que les intervenants rencontrés sont au tout début de leur pratique instrumentée de l'évaluation), et
- 3) la formation initiale des utilisateurs pour l'appréhension et les pratiques d'évaluation.

Il s'agit ici d'un rapport à l'usage qui est considéré d'un point de vue normatif et donc au regard des écarts à cette norme. Il y a des usages attendus d'un outil d'évaluation, comme celui de dresser un portrait de la situation ou d'identifier des services requis sur la base des besoins observés. Les données incomplètes ou mal renseignées pour l'OÉMD-SMAF¹⁰, ou encore des données modifiées sont aussi rapportées.

Le caractère multidimensionnel de l'outil invite à considérer la collaboration interprofessionnelle pour compléter la collecte des données et pour augmenter le partage et la lisibilité des informations qu'il contient. À ces usages attendus s'ajoutent des usages

¹⁰ L'outil d'évaluation multidimensionnelle est une adaptation française autorisée de l'OÉMC.

réinventés ou redéfinis, comme l'utilisation de la synthèse de l'OÉMD-SMAF pour structurer des rencontres de concertation ou des changements de la présentation de l'outil (ex. : ajout du nom du gestionnaire de cas sur la page frontispice) qui se justifient par une finalité d'accroissement de l'utilité (pragmatisme) pour les utilisateurs. Ce rapport est un des rares écrits qui abordent relativement directement l'usage, c'est-à-dire l'engagement de comportements au cours ou suite à la rédaction de l'évaluation, mais ceci sans nommer l'usage, ni faire référence aux théories de l'usage.

Les rapports suisse (Seematter-Bagnoud, Fustinoni, Meylan, Monod, Junod, Büla & Santos-Eggimann, 2012) et australien (Lincoln Centre for Ageing and Community Care Research, 2004) décrivent de manière détaillée plusieurs outils multidimensionnels (RAI, DMST, SMAF, PLAISIR, CANE, EASY-Care, FACE, HART, OASIS) et les avantages et inconvénients de leur utilisation. La formation des professionnels y est présentée comme la condition d'implantation incontournable « pour renforcer la culture de l'évaluation gériatrique globale standardisée » (Seematter-Bagnoud *et coll.*, 2012, p. 6). Les deux démarches, comme celle de Somme et ses collaborateurs (2010), présentent des indications pour des usages espérés ou éventuellement prescrits par les décideurs, de même que les conditions d'implantation, dont la formation à l'utilisation des outils apparaît ici aussi en tête de liste.

De manière globale, les écrits recensés ont montré un intérêt pour le développement, la validation et l'implantation (en mode expérimental) des outils cliniques (ex.: Hawes, *et coll.*, 2007). La démonstration de l'utilité des outils est centrale dans les efforts pour intéresser des utilisateurs potentiels. Elle passe par la construction d'un discours convaincant qui promeut les fonctions constitutives de l'outil (ex.: Russo, 2000) ou qui

affirme ses potentialités en termes de preuves d'effet ou de changements bénéfiques pour les usagers ou pour les utilisateurs, ou même pour les organisations, voire le système de santé (ex.: Alfarah, Schünemann & Akl, 2010). C'est ici que se définissent et se prescrivent les modes d'emploi (ex.: Orlando *et coll.*, 2013). Lorsque l'usage effectif de l'outil est abordé, c'est uniquement pour le comparer à la norme. Lorsque des « manquements », des écarts à l'usage attendu sont constatés, c'est encore une fois la formation qui est appelée à la rescousse. Les écrits scientifiques confirment donc l'importance qui est accordée à la prescription de l'usage et à son principal véhicule que représente la formation. Ce qui se passe une fois la formation terminée demeure pour l'essentiel inconnu.

C'est la raison pour laquelle cette partie moins visible de l'usage nous a particulièrement intéressée dans le cadre de cette thèse, de manière à la sortir de l'ombre et à pouvoir ainsi la considérer tout autant que sa partie plus visible. Les recensions nous ont aussi interrogée sur la définition même de l'usage, sur la nécessité de le distinguer de ses deux compagnons sémantiques que sont l'utilité et l'utilisation. Mais cette reconfiguration de l'usage ne pourra se faire qu'à condition de mieux définir ce qui se passe dans chacun des espaces pressentis jusqu'à maintenant, celui de la conception et de la prescription, et celui des pratiques invisibles, jusqu'à maintenant, aux yeux de la recherche.

*

Le but et les objectifs de l'étude seront présentés à la suite de la section exposant les matériaux théoriques qui ont été mobilisés. Ce choix découle du fait que ceux-ci ont été

importants dans l'approfondissement du concept « usage », et qu'ils ont permis de préciser les orientations générales et spécifiques de l'ensemble du projet de recherche.

1.3 Matériaux théoriques

Une théorie est « un ensemble d'énoncés formulés dans le royaume des abstractions, en vue de rendre « plus puissant, plus précis » le contact avec la réalité ou l'expérience sensible au moyen de sa réduction sous forme d'un objet. » (Hamel, 1997, pp. 194-195).

Voilà ce à quoi vont servir les matériaux théoriques des théories de l'activité auxquelles nous nous référons : à conceptualiser notre objet d'étude qu'est l'usage. Ces matériaux ont ceci de particulier qu'ils s'intéressent aux pratiques professionnelles en entrant non pas par la prescription du travail, comme la quasi-totalité des écrits recensés, mais par l'activité, tel qu'elle est réalisée par les utilisateurs des outils. Le choix de ces matériaux théoriques est justifié par notre objet, les usages, qui ne pourraient que difficilement s'appréhender en dehors de l'activité réelle. Par ailleurs, ce renouvellement du regard posé sur l'objet va permettre de sortir des explications usuelles qui observent les usages en termes d'écarts à la norme ou à la prescription et qui privilégient aussi un seul véhicule de « redressement » des usages, soit par la formation. Le postulat étant qu'en augmentant les connaissances des utilisateurs, leurs interventions vont forcément se modifier. Or, les observations des pratiques professionnelles montrent bien qu'il se passe quelque chose d'autre dans ce passage des connaissances via l'action, qu'il y a d'autres déterminants sur lesquels il faudrait agir. Nous allons d'abord retracer l'histoire et les principaux courants théoriques qui ont constitué ce domaine théorique. Puis nous

allons définir les principaux concepts qui nous seront utiles parmi tous ceux qui sont utilisés dans ces théories, soit les concepts d'*activité*, de *tâche*, d'*écart* et de *situation*. Enfin, nous allons présenter de manière plus détaillée le *Modèle des situations d'activités instrumentées* de Rabardel (1995) sur lequel va se structurer l'analyse des résultats.

1.3.1 Les théories de l'activité

Les théories de l'activité se sont développées presque exclusivement dans la francophonie (France, Suisse, Belgique). On y croise de riches domaines de référence (la didactique professionnelle, l'ergonomie cognitive, la clinique de l'activité, la psychologie du travail, etc.) et de nombreux chercheurs qui associent leur discipline propre (éducation, travail social, etc.) pour produire de nouvelles connaissances et pour aborder les questions du travail sous différents angles. De nombreux travaux de recherche ont mobilisé ces théories, dont les plus récents qui se sont intéressés à un groupe d'intervenants qui appartiennent à un métier relationnel emblématique, soit celui du métier d'enseignant. Peu de travaux rendent compte jusqu'à maintenant du travail des professionnels de la santé et des services sociaux dans ce courant théorique.

Il aurait sans doute été judicieux de tracer une ligne entre ce qui est habituellement convenu de désigner par les «théories de l'action», qui s'intéressent à la dimension sociale de l'action (l'agir collectif), et ce que nous avons choisi de désigner par les «théories de l'activité», qui prennent en compte la participation singulière du sujet dans l'activité de travail. Cet exercice, bien que séduisant, comporte certains risques et défis, surtout si nous découpons trop finement ces théories. C'est pourquoi nous ferons une

présentation épurée de ce domaine théorique, qui choisit d'entrer par l'activité (Pastré, 2011) pour saisir, analyser et comprendre l'agir professionnel.

À propos de cet agir, de cette activité ou de ce « faire » qui se pose en objet d'analyse, plusieurs distinctions existent (Champy-Remoussard, 2005). Par exemple, Theureau (2004) utilise tantôt pratique, tantôt activité. Pour lui, la notion de pratique englobe la notion de travail. Et les exemples pourraient défiler encore sur plusieurs pages. C'est la raison pour laquelle nous optons pour l'expression choisie par Champy-Remoussard (2005) pour désigner cette porte d'entrée de l'analyse qu'est l'*activité professionnelle*. Ainsi, nous abordons l'activité professionnelle (l'intervention) des professionnels (sujets) qui ont cette caractéristique bien particulière que celle d'être issus des métiers qui ne transforment pas des objets, mais qui sont adressés à autrui (Maubant, 2013), et dont l'activité participe d'une perspective ultime de changement social.

Les publications qui réfèrent aux théories de l'activité sont nombreuses et se rattachent à trois courants théoriques fondateurs que sont la psychologie du développement, l'ergonomie cognitive française et la didactique professionnelle (Pastré, Mayen & Vergnaud, 2006). Voyons maintenant les influences qu'a exercé chacun de ces courants sur le groupe des théories de l'activité.

La psychologie du développement

Le courant théorique le plus ancien est celui de la psychologie du développement. Il s'inscrit dans une perspective historico-culturelle et cognitive d'origine piagétienne et vygotskienne. Vergnaud (2007) a largement contribué à son actualisation et à son

développement contemporain. Les travaux de Piaget étaient majoritairement « orientés par le besoin d'une théorie de l'action et de la connaissance issue de l'action » (Pastré, *et coll.*, 2006, p. 149), en mettant l'accent sur le rôle du sujet apprenant. Certains concepts repris dans les théories de l'activité sont directement issus des travaux de Piaget et de Vygotski. D'abord, le concept de schème élaboré par Piaget réfère à l'organisation cognitive de l'activité d'un sujet, qui peut être transférée à un certain nombre de situations. La « zone de proche développement » de Vygotski introduit l'apport d'autrui pour réaliser une activité que le sujet n'est pas en mesure de réaliser seul, comme en contexte interprofessionnel, par exemple.

Ces deux théoriciens nous rappellent quelques dimensions importantes concernant la connaissance. Celle-ci prend deux formes complémentaires, l'une opératoire (qui permet d'agir en situation), et l'autre prédicative (qui permet de tracer les paramètres généraux de l'action). Ces deux formes existent, parfois avec un décalage temporel entre « le faire efficace et la capacité de dire ce qu'on fait et pourquoi » (Pastré *et coll.*, 2006, p. 150).

Ce courant est pertinent pour notre étude, puisqu'il considère les outils du point de vue de l'activité (leurs usages) qui est réalisée par des sujets-utilisateurs dans un but déterminé (accroître leur pouvoir d'agir pour transformer les problèmes). L'activité est ici considérée comme une source d'apprentissages potentiels à mettre en forme pour accroître la pertinence et la convivialité des outils, de manière à les rendre plus utiles, plus utilisables et plus utilisés, car mieux adaptés aux conditions d'effectuation de l'activité. Ainsi, l'activité est conçue non seulement comme une exécution, mais comme le lieu de recomposition, de reconceptualisation (qui s'initient dans les usages détournés ou différents de ceux prévus par les concepteurs) des outils par et dans l'usage.

L'ergonomie cognitive

L'ergonomie cognitive de tradition française diffère de la tradition anglo-saxonne (qui domine sur le plan international) en ce qu'elle entre par l'activité plutôt que par les facteurs humains (*Human factors*) qui conditionnent la bonne utilisation (Rabardel, Carlin, Chesnais, Lang, Le Joliff & Pascal, 2002). Le courant de l'ergonomie cognitive, par l'entremise des travaux de Leplat, Savoyant, Clot¹¹, Faïta¹², Rabardel et Montmollin, apporte une contribution importante dans l'analyse de l'activité professionnelle, notamment par les concepts de *travail prescrit* et de *travail réel*. Ainsi, l'ergonomie de langue française affirme que la dimension cognitive est présente dans toute activité de travail. C'est ce que Leplat (1997) désigne comme étant la structure cognitive de la tâche. Ce « qui va définir la situation de travail ne se ramène pas uniquement aux modalités de la prescription, mais inclut aussi certaines dimensions objectives de la situation, qui vont orienter l'activité » (Pastré *et coll.*, 2006, p. 146). Ces deux éléments que sont la prescription et l'activité importent pour saisir la distance que des sujets prennent par rapport à une norme transmise, mais aussi pour comprendre la valeur de la collectivisation de l'usage et, possiblement, de certains écarts.

La didactique professionnelle

Enfin, la didactique professionnelle, elle-même construite autour des deux courants théoriques susmentionnés, s'intéresse au lien entre la connaissance, l'apprentissage et

¹¹ Cet auteur se rattache plus spécifiquement à la clinique de l'activité, que nous incluons ici dans ce groupe. Nous en ferons une présentation plus complète dans la section *méthodologie* de la thèse.

¹² Idem.

l'action. La note de synthèse écrite autour de la didactique professionnelle par Pastré, Mayen et Vergnaud en 2006 nous est ici utile pour définir succinctement cette branche des théories de l'activité. Elle a pris corps autour de trois orientations:

A) L'analyse des apprentissages ne peut pas être dissociée de l'analyse de l'activité des acteurs.

On reconnaît ici un fondement de la psychologie du développement qui pose en continuité l'agir et l'apprentissage fait sur et dans l'activité. L'identification de l'écart au prescrit, source potentielle d'apprentissage, ne peut se faire et se comprendre qu'en analysant l'activité, pour nous l'usage effectif des outils.

B) L'analyse des concepts de schèmes et d'invariants opératoires.

Développés par Piaget et Vergnaud, ces concepts permettent de comprendre comment s'articulent les apprentissages et les activités dans un contexte de travail, rendant possible notre accession à une intelligence de l'action.

C) L'analyse de la formation des compétences professionnelles implique qu'il faille les observer sur les lieux de travail.

Bien que notre objectif ne soit pas particulièrement rattaché à l'élaboration d'une formation structurée, les jeux de va-et-vient qui s'opèrent entre les pôles de la connaissance (épistémique) et de l'action (pragmatique) contenus dans tout outil clinique sont précieux pour analyser les usages. L'outil clinique n'est pas neutre. Il contient des connaissances (scientifiques, procédurales, etc.) qui permettent de décrire ou de circonscrire l'objet pour lequel il est utilisé (ex. : la perte d'autonomie), et son usage

participe à sa transformation de manière à le rendre plus utile ou à l'adapter aux contingences de l'activité effective. Il faut aussi souligner le rapport qui s'établit entre les deux pôles : connaître pour agir et agir pour connaître. On reconnaît aussi les liens et l'influence de la psychologie russe du travail (Léontiev, Galpérine, Talizina, etc.), notamment Ochanine, avec ses concepts d' « image cognitive » et d' « image opérative ».

L'image cognitive décrit un objet en énumérant ses principales propriétés. L'image opérative décrit ce même objet en retenant les propriétés qui sont utiles pour l'action qu'on veut faire sur cet objet [...] Cette distinction-opposition [...] montre qu'il y a deux formes de conceptualisation, l'une qui énonce des propriétés et des relations sur des objets, l'autre qui sélectionne certains traits d'un objet pour en faire des concepts qui orientent et organisent l'activité. (Pastré *et coll.*, 2006, p. 148).

Pastré est un des pionniers dans la construction théorique de la didactique professionnelle, qu'il fonde sur la conceptualisation dans l'action. Cette porte d'entrée logique lui permet de lier l'analyse du travail et la formation, l'activité productive (ex. : atteindre des cibles de production) et l'activité constructive (ex. : produire de l'expertise grâce à l'atteinte des cibles) selon les deux principes suivants :

- L'action humaine est une action organisée selon des principes (ou des schèmes).
- L'analyse de l'action humaine peut se faire en termes de concepts organisateurs, dont l'origine peut être pragmatique ou scientifique

Cet auteur fonde sa conception sur l'équilibre de divers registres en tension: l'opératoire et le prédicatif, l'épistémique et le pragmatique. La conceptualisation dans l'action est à la fois opératoire ou pragmatique (elle oriente l'activité d'adaptation au réel) et prédicative ou épistémique (elle identifie dans le réel des objets, des propriétés et des relations). Les registres épistémique et pragmatique se distinguent selon l'ordre de subordination des dimensions opératoires et prédictives. Dans le registre épistémique, le

but de l'action est de connaître, de comprendre comment «le sujet agit pour connaître le réel»; tandis que dans le registre pragmatique, l'action vise à modifier l'existant, «le sujet agit pour transformer le réel» (Pastré, 2011), que cette transformation soit matérielle, sociale ou symbolique. Les rapports sont ainsi inversement hiérarchisés selon la finalité poursuivie. Dans le premier cas, la dimension opératoire (orientation) est surclassée par rapport à la dimension prédicative (identification), alors que dans l'autre cas, la dimension opératoire est subordonnée à la dimension prédicative.

Comme l'analyse de l'usage se projette de contribuer à rendre la conception des outils cliniques plus en phase avec les usages possibles, les dimensions opératoires et prédicatives semblent pertinentes à analyser. Car le travail qu'effectue le professionnel pour faire usage de l'outil dans une situation clinique donnée informe des conditions qui ont un effet sur la capacité de l'intervenant à se rapprocher de l'usage prescrit et attendu de lui par les concepteurs et promoteurs.

La prescription des usages attendus pourrait prendre en considération ces conceptualisations dans l'action qu'effectue l'utilisateur, soit pour les élaborer en amont de la conception, soit les réélaborer à l'épreuve du réel. Par ailleurs, ce travail sur les prescriptions constitue selon cette perspective l'antichambre efficace de la formation, qui y puisera ses principaux objets. Cela augmentera ses chances d'être suivie, surtout si elle incorpore les connaissances captées par l'observation des usages effectifs. Ainsi pourront se rencontrer les intentions des concepteurs et les aspirations des utilisateurs de ces outils cliniques, toutes deux poursuivant un objectif commun, celui d'augmenter le pouvoir d'agir des utilisateurs en misant sur un médiateur à forte concentration épistémique et pragmatique, l'outil clinique. Car ce n'est pas forcément l'outil qui est délaissé, le cas

échéant; ce sont probablement ses conditions d'usage qui sont inadéquates à une utilisation soutenue et durable.

C'est pourquoi l'étude de l'activité (ou action selon Rabardel, 1995) est cruciale à ce mouvement : « Le sujet n'apprenant à se connaître qu'en agissant sur les objets et ceux-ci ne devenant connaissables qu'en fonction des progrès des actions exercées sur eux. C'est là un credo piagétien fondamental : l'origine de la connaissance est à chercher dans l'action. » (Rabardel, 1995, p. 82). Plus encore :

La pratique ne peut être réduite à un savoir théorique appliqué, ce qui n'est pas sans bousculer les représentations généralement associées aux systèmes de formation professionnelle. La didactique professionnelle fait le choix délibéré d'entrer elle aussi par la voie de l'activité plutôt que par celle de la connaissance, par le « sujet qui fait » plutôt que par le « sujet qui sait ». Cela se traduit aussi dans les termes utilisés par Rabardel (2005) comme une compréhension de l'apprentissage qui s'articule à partir du «sujet capable d'agir ». Le sujet capable est un sujet dont le développement porte, non sur l'acquisition de savoirs, mais sur l'apprentissage d'activités en situation. C'est un sujet qui dit « je peux » avant de dire « je sais ». Ce n'est pas pour autant un sujet ignorant, car la question ne doit pas se poser en termes d'exclusion, mais en termes de subordination : des deux registres de fonctionnement d'un sujet, le registre pragmatique, qui caractérise le sujet capable, et le registre épistémique, qui caractérise le sujet connaissant, les didactiques traditionnelles mettent en avant le sujet connaissant; l'activité y est subordonnée aux savoirs. En didactique professionnelle, on fait le choix de subordonner le sujet connaissant au sujet capable, le savoir à l'activité (Pastré *et coll.*, 2006, p. 156).

Les théories de l'activité trouvent leur pertinence notamment au regard du grand modèle d'analyse du travail et de production qui a caractérisé le vingtième siècle. Le modèle fordien taylorien sépare la conception et l'exécution, et subordonne la réalisation du travail à la prescription de la tâche, en postulant que c'est le concepteur qui sait comment doit s'effectuer le travail; c'est le *One best way* tayloriste. Ce modèle entretient l'utopie de la technicisation du travail qui éradiquera la maîtrise de l'ouvrier ou de

l'artisan au profit de tâches scientifiquement conçues faisant appel à des savoirs savants ou techniques dans lesquels les opérateurs interagiront avec des machines de plus en plus complexes. Cette conception est partiellement agissante dans l'informatisation des outils cliniques auxquels nous nous intéressons, ce qui devra être pris en compte.

Rabardel apporte toutefois une nuance importante quant à la place à accorder à la technicité. Ainsi, il ne s'agit pas d'opter pour la technique ou de la refuser, mais bien de s'intéresser à ses caractéristiques anthropotechniques, c'est-à-dire une technique conçue en fonction d'un environnement humain. C'est dans cette perspective que les études doivent pouvoir être conduites pour comprendre le rapport des hommes avec les technologies (Rabardel, 1995).

La didactique professionnelle étend les résultats de l'analyse classique du travail au domaine de la formation professionnelle. Ainsi, de la didactique, elle peut aussi se réclamer puisqu'elle étudie « les processus de transmission et d'appropriation des connaissances » (Pastré *et coll.*, 2006, p. 146). Dans notre cas, ce n'est pas tant un intérêt pour construire des formations professionnelles qui orienteraient l'intérêt pour l'usage des outils cliniques, mais bien la prise en compte de la concentration de connaissances qui président à la conception de ces outils, et qui traversent, peut-être de manière peu éclatante, mais néanmoins présente, l'activité professionnelle. Ainsi, l'outil forme le regard posé sur les problèmes, il construit un langage, voire un interlangage (Couturier et Belzile, 2016), il transforme l'activité et son utilisateur par sa seule présence. Si l'outil est porteur de connaissances, ses usages, qui sont des formes d'appropriation, le sont aussi. Il faut aussi considérer la place qu'occupe la formation centrée sur les modes

d'emploi des outils et, en ce sens, les principes de la didactique professionnelle peuvent être éclairants pour formuler des recommandations originales et inattendues.

Bref, les travaux qui ont été menés en appui sur les théories de l'activité se sont d'abord intéressés aux métiers industriels (ex. : les presses à injection), puis aux métiers du vivant (en agriculture, notamment) et, plus récemment encore, aux métiers adressés à autrui (plus substantiellement au métier d'enseignant). Elles sont aussi en filiation avec la sociologie des usages qui a étudié, entre autres, les rapports homme-machine dans les outils de communication du quotidien (ex. : l'arrivée de la télévision) jusqu'aux systèmes d'automatisation du travail (Jouët, 2000). Le regard posé sur l'objet est donc empreint d'un ensemble de concepts qui font ce champ théorique né du croisement de différentes disciplines. Donc, l'originalité du projet tient à la fois de l'objet (l'usage) et de la vision de l'objet qui est construite à partir de matériaux peu usuels ou peu développés pour le champ de l'intervention gérontologique.

1.3.2 Les concepts essentiels des théories de l'activité

Les théories de l'activité sont pertinentes pour l'étude de l'intervention instrumentée en raison des concepts qui y circulent et s'y articulent. « Généralement, chaque concept ou ensemble de concepts conserve quelques éléments de son héritage » (Schwartz, 2007, p. 123). Ainsi, des concepts comme l'activité, les tâches, les compétences, l'expérience, l'apprentissage et la situation sont fréquemment rencontrés, avec un certain nombre de nuances selon les auteurs qui n'entravent fondamentalement pas la cohérence du champ théorique. Les concepts d'activité, de tâches, d'écarts et de situation semblent particulièrement utiles dans l'analyse de l'usage des outils cliniques. Nous allons donc les circonscrire de manière à ce que leur signification soit stabilisée.

Le concept d'activité(s)

Comme mentionné dans l'introduction des théories de l'activité, ce concept fait l'objet d'un questionnement incessant, notamment dans les sciences humaines. Le nombre de publications scientifiques qui concernent l'activité est volumineux en langue française (Champy-Remoussard, 2005). Il faut noter aussi que d'autres vocables sont utilisés lorsqu'il est question de l'analyse de l'activité, comme l'analyse des pratiques, l'analyse du travail, voire l'analyse de l'activité de travail.

Le mot *activité* se rencontre le plus souvent au singulier, mais il est par ailleurs régulièrement accompagné d'un autre mot pour tenter de mieux circonscrire la réalité qu'il veut identifier, comme l'activité humaine, l'activité de travail, l'activité professionnelle, l'activité de formation, l'activité des acteurs, l'activité productive, etc. Nous pourrions aussi ajouter toutes les nuances qu'ont développées les philosophes à travers les âges. Pensons à la *technè* de Platon, qu'il applique tant aux artisans qu'à la connaissance épistémique et philosophique. Puis les concepts aristotéliens de *praxis* et de *poiésis*. Au XVIIIe siècle, Kant conçoit la *tätigkeit* comme une activité synthèse de toutes les activités. Puis Canguilhem, pour qui l'activité technique est « cette disposition à produire de la norme dans la confrontation à l'environnement naturel et social et qui peut être vue comme une expression de la vie humaine en tant que telle, dans sa manifestation globale, unifiée et *synthétique* » (Schwartz, 2007, p. 128). Comme l'ont illustré Clot et Leplat (2005) à la suite des philosophes, l'activité est donc un concept complexe, qui a du volume :

L'activité est à la fois irréductiblement *personnelle*, *interpersonnelle*, *transpersonnelle* et *impersonnelle*. Personnelle, elle l'est de manière irréductible. Interpersonnelle, elle l'est dans chaque situation singulière, car sans destinataire, l'activité perd son sens. Elle est aussi transpersonnelle puisque traversée par une histoire collective qui a franchi nombre de situations et disposé de nombreux sujets à répondre plus ou moins d'elle, d'une situation à l'autre. Ce sont là les attendus génériques de l'activité, surdestinataire de l'effort consenti par chacun. Le travail collectif de réorganisation de la tâche effective en assure ou non la « maintenance ». Enfin, l'activité est impersonnelle justement sous l'angle de la tâche prescrite. Cette dernière est, dans l'architecture de l'activité d'un travailleur, ce qui est nécessairement le plus décontextualisé. (2005, pp. 310-311).

Dans son livre *Regard sur l'activité en situation de travail*, Leplat (1997) décrit comment l'activité peut s'appréhender à partir de divers points de vue, notamment celui de la tâche, celle prescrite et celle réalisée; et celui du sujet comme système de traitement de la tâche ou comme finalité du sujet. Clot et Faïta (2000) vont plus loin en intégrant toutes les temporalités et toutes les conjugaisons du verbe *faire*:

C'est pourquoi nous avons besoin d'une conceptualisation nouvelle de l'activité, d'une autre grammaire pour conjuguer ses temporalités rivales : l'activité n'est plus limitée à ce qui se fait. Ce qui ne s'est pas fait, ce qu'on voudrait faire, ce qu'il faudrait faire, ce qu'on aurait pu faire, ce qui est à refaire et même ce qu'on fait sans vouloir le faire est accueilli dans l'analyse de l'activité en éclairant ses conflits. Le réalisé n'a plus le monopole du réel. Le possible et l'impossible font partie du réel. Les activités empêchées, suspendues, différées, anticipées ou encore inhibées forment avec les activités réalisées une unité dysharmonique. (2000, p. 35)

Ainsi, le concept d'*activité* est la réponse nouvelle pour comprendre ce qu'un individu met en œuvre pour réaliser une tâche dans le cadre d'une situation concrète.

Le concept de tâche(s)

Lorsque l'on s'intéresse à l'analyse de l'activité, apparaît rapidement le concept de *tâche(s)*. La tâche a une valence objective et impersonnelle, tandis que l'activité en a une

davantage subjective et singulière. Ainsi, pour une même tâche, les manières de faire (les activités) peuvent varier (Pastré *et coll.*, 2006). Selon la perspective de Leplat (1997), les tâches sont « ce qui est à faire », et les activités « ce qui se fait ».

Une modélisation des tâches rattachées à l'activité de travail conçue par Leplat et Cuny en 1974 rappelle la diversité que recouvre le concept de tâche. Jugés utiles notamment pour effectuer un diagnostic ergonomique malgré son faible niveau opératoire, les quatre niveaux de tâches (prescrite, attendue, effective, réalisée) et leurs caractéristiques générales (répétitivité, rapidité et simultanéité) démontrent l'intérêt que recouvre ce concept depuis de nombreuses années.

La définition de **tâche prescrite** réfère à la dimension objective de la tâche, à tout ce qui doit être réalisé dans des conditions déterminées qui prennent une forme écrite (contrat de travail, fiche de description du poste) ou qui peuvent être transmises oralement.

La **tâche attendue** comprend un ensemble d'obligations implicites, attendues par l'employeur ou l'organisation (ex. : avoir le sourire, travailler rapidement).

La **tâche effective** est la représentation que l'opérateur se fait de son activité et la manière dont il doit faire le travail. Cette forme de tâche est subjective et, par conséquent, plutôt singulière, ce qui explique les variations interindividuelles.

Enfin, la **tâche réalisée** est celle qui se donne à voir, celle dont le résultat est observable. Elle peut donc être plus facilement décrite.

La tâche se définit ainsi dans une situation concrète et objective du travail. La situation de travail comporte plusieurs dimensions : spatiales, temporelles, matérielles (en premier lieu les outils et moyens mis à disposition) et sociales. Ces conditions incluent également

les normes et les exigences auxquelles doivent satisfaire le produit (qualité, précision, etc.) et le mode de production (rapidité, sécurité, etc.). Les conditions dont il est question relèvent de l'environnement externe et appartiennent à deux univers de tâches, celui de « la tâche à réaliser » et celui de « la tâche prescrite », résultantes d'une activité de conception.

Leplat (1997) insiste sur le fait que le contenu, la logique et la cohérence du processus de conception ne sont que rarement transparents, ni directement accessibles pour le sujet qui doit effectuer la tâche. Aussi, la prescription est le plus souvent incomplète et imprécise, somme toute insuffisante pour déterminer totalement l'activité du sujet, c'est-à-dire ce qu'il doit faire et surtout comment il doit le faire. Ce sont ces deux spécificités de la prescription qui rendent nécessaire la redéfinition de la tâche par le sujet pour la faire correspondre à son activité singulière et spécifique ou, écrit autrement, son activité située.

Leplat (1997) a bien démontré le fait que la prescription est toujours en deçà de l'effectivité ou écrit autrement, qu'il y a toujours plus dans le travail réel que dans le travail prescrit, soit la tâche. Cet écart représente la marge de manœuvre de l'opérateur dans le contexte d'exécution précis et singulier qui est le sien. C'est aussi dans cet écart que se dessine le sens de l'activité pour l'opérateur. Il faut retenir ici la nécessité de prendre en compte, à la fois la tâche et l'activité, comme les deux faces indissociables d'un même phénomène.

Le concept d'écart

Nous ne discuterons pas ici de la pertinence ou non de considérer l'écart comme un concept, c'est-à-dire comme un construit mental et abstrait que l'on se fait d'un objet.

Nous insisterons plutôt sur le fait que l'écart définit ici moins un objet qu'une relation entre les objets que sont l'activité et la tâche, et que c'est en partie la situation qui l'exige.

Si l'on considère que l'activité est la réponse qu'un individu met en œuvre pour réaliser la tâche prescrite ou attendue quand il est confronté à une situation concrète, on comprend qu'il y a forcément, et toujours, un écart entre les deux niveaux que sont la prescription et l'effectivité, entre la tâche et l'activité.

L'activité ne répond donc pas forcément aux exigences de la prescription, mais elle dépend des contraintes que le sujet se fixe, des modes opératoires dont il dispose, de la variabilité des situations. Elle est finalisée par le but intériorisé, la représentation qu'il se construit du travail à réaliser, de la tâche et de l'activité telle qu'il se les redéfinit, et éventuellement, se prescrit. (Rabardel *et coll.*, 2002, p. 27).

L'écart est une notion mal aimée, à connotation négative, en raison de la puissance référentielle de la pensée taylorienne (ou néo-taylorienne) qui considère l'écart comme une rupture, une déviance ou une carence qu'il faut éviter, réparer, ramener à la norme ou à la raison. Cette carence est en général le fait du travailleur. Ceci explique que l'écart est souvent méprisé, voire, dans certains cas, nié. Pourtant, il concerne l'ensemble des dimensions du travail : les objectifs et les buts visés/atteints, les résultats prévus/obtenus, les modes opératoires définis/réélaborés, les outils et les machines disponibles ou pas, utilisés ou pas, etc.

Cette conception de l'écart en tant que carence présente dans l'école de pensée des *Human factors* se trouve à l'opposé du courant ergonomique de l'école française, pour qui l'écart peut aussi être une source d'information, un révélateur de l'intelligence adaptative des acteurs qui doivent quotidiennement jongler avec les incohérences et les incomplétudes du milieu de travail en adaptant leur pratique aux contours des situations

qu'ils rencontrent. Puisque jamais une prescription ne peut prévoir l'infinité des situations cliniques, c'est fondamentalement au travailleur que revient l'obligation de compenser cette carence inévitable d'information pour accomplir une tâche qu'on lui demande néanmoins d'accomplir. D'un point de vue anthropologique, voire ontologique, l'humain est considéré faillible chez les tayloristes, et intelligemment adaptatif chez les tenants des théories de l'activité.

Le concept de situation

Le concept de *situation*, et le couple situation-activité sont centraux dans le développement des théories de l'activité. Les dimensions de l'activité sont présentées comme indissociables des situations de travail elles-mêmes. La situation représente à la fois le lieu et l'espace dans lesquels s'engagent les acteurs et la dynamique interactive qui transforme à la fois ces derniers et la situation, et ce, de manière souvent imprévisible (Pastré, 2011). La situation, parce que radicalement mobile et imprévisible, est une des sources d'apprentissage pour l'acteur.

Comme l'activité, le concept de situation est souvent accompagné d'autres mots : situations de travail, classe de situations, situation professionnelle, schème/situation, pédagogie des situations, apprentissage des ou en situations, activité en situation, etc. L'*activité en situation* (Samurçay & Rabardel, 2004) est un concept qui fait référence au mouvement double de l'activité qui transforme le sujet (constructive) et l'activité qui est transformée (productive) par le sujet. Qui plus est, les activités productives et les activités constructives sont indissociables, il n'y a pas de production sans apprentissage bien que

la temporalité puisse être décalée « L'apprentissage accompagne naturellement l'activité. Il en est en quelque sorte le prolongement » (Pastré, *et coll.*, 2006, p. 156).

Selon Mayen, inspiré par Dewey, une «situation est un environnement expérimenté. De l'environnement, elle possède toutes les caractéristiques, plus celle d'être expérimentée. » (2012, p. 63). La situation est donc la somme concrète des contextes et conditions de vie, des histoires sociales individuelles et collectives, des déterminants sociaux de la santé, etc., pour l'utilisateur, et du système d'intervention pour l'intervenant (ressources, règles, etc.) qui se rencontrent à l'occasion d'une intervention. Elle est donc irréductiblement à la fois psychologique, sociale, historique, environnementale, organisationnelle, biologique, etc. Toutes ces dimensions sont intégrées de façon unique dans une unité de temps et d'espace singulière à la rencontre. Pour cette raison, la situation n'est pas séparable, sauf au prix d'une perte d'intelligibilité importante.

1.3.3 Le Modèle des Situations d'Activités Instrumentées de Rabardel

L'une des composantes de toute situation clinique concerne les outils que l'intervenant mobilise au besoin dans la situation. Différents auteurs se sont intéressés à la place des outils dans l'activité humaine, mais aussi à la dynamique que provoquent leurs usages pour transformer le monde (y compris celui de son utilisateur). Pierre Rabardel est l'un de ceux-là. Son modèle est pertinent parce que les activités auxquelles nous nous intéressons sont des activités d'intervention qui utilisent des outils, ici cliniques (principalement l'OÉMC), pour s'effectuer. Dans le lexique de Rabardel, ce sont donc

des *activités instrumentées*¹³. Ces activités peuvent bénéficier des éclairages théoriques synthétisés dans le modèle de Situations d'Activités Instrumentées développé par Rabardel, qu'il a publié en 1995, dans un ouvrage intitulé *Les Hommes et les technologies, une approche cognitive des instruments contemporains*.

Ce modèle considère les dynamiques qui s'établissent entre les sujets en présence, l'objet d'intervention et l'outil qui médiatise leur rencontre dans une situation donnée. Avant de décrire le modèle, il semble requis de présenter l'approche qui a présidé à son développement.

Rabardel qualifie son approche d'anthropotechnique. Ce faisant, il marque son effort de mettre en dialogue deux visions habituellement opposées, celle qui se centre sur la technique (technocentrisme) et celle qui se concentre sur l'utilisateur (anthropocentrisme). La centration sur la technique (surtout développée dans les études qui s'intéressent aux systèmes homme-machine) fait encore partie de l'imaginaire collectif entretenu par les développements des technologies de l'information et de la communication. Le plus souvent cette vision du travail offre à l'humain une position accessoire, voire non souhaitable, à tout le moins à contrôler. En fait, l'activité humaine y est considérée comme peu efficace ou peu fiable, trop coûteuse ou trop risquée. Le technocentrisme entretient une vision pessimiste de l'intervention humaine. Cette vision parle des humains à travers les choses, et le travail y est abordé en entrant par la technique. La centration sur l'humain de la perspective anthropocentriste renverse complètement cette perspective du travail. Seul le travail du sujet a ici de la valeur; les outils lui étant subordonnés, voire inutiles et contraignants.

¹³ S'il est possible de distinguer conceptuellement instrument et outils, dans le présent texte nous considérons ces deux termes en gros comme synonymes.

Lorsqu'une de ces postures ignore l'autre, les débats deviennent normatifs et se polarisent quant au rôle du sujet ou de la technique, sans accorder de valeur aux zones d'influence qui se créent dans les situations de travail. Rabardel fait se rencontrer ces perspectives en les concevant comme un processus de collaboration entre les instruments et les sujets qui en font usage, ce qu'il appelle l'**approche anthropotechnique**. Le point de vue anthropotechnique accorde à l'humain une position centrale, mais les choses sont abordées selon les rapports de l'humain aux objets et aux systèmes, dans l'activité qu'il déploie. Cela constitue une construction théorique qui analyse les choses en fonction des humains et non pas l'inverse : «Une conception où le système technique est centré sur celui qui va l'utiliser, où il va être imaginé, conçu et réalisé en référence à l'activité de cet homme pour lequel il sera un outil, un instrument» (Rabardel, 1995, p. 17).

Ceci nous amène à décrire le modèle des situations d'activités avec instruments développé par Rabardel (1995). Ce modèle comprend trois pôles engagés dans toutes situations d'utilisation d'un instrument :

- le **sujet** (utilisateur, opérateur, travailleur, agent, intervenant...);
- l'**instrument** (l'outil, la machine, le système, l'ustensile, le langage ...);
- l'**objet** vers lequel l'action qui s'effectue à l'aide de l'instrument est dirigée (matière, problème, perte d'autonomie fonctionnelle, autre sujet...).

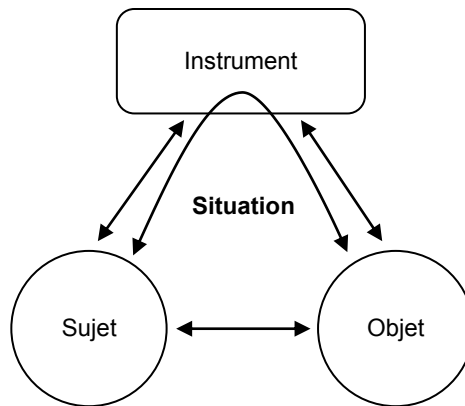


Figure 1. Modèle de situations d'activités instrumentées de Rabardel (1995)

Les conceptions concernant le **pôle sujet** du modèle nous semblent se situer sur un continuum, du sujet porteur de significations et agissant intentionnellement dans un univers socialement finalisé, à la dissolution de la notion même de sujet. Cette dernière extrémité est possible lorsque le sujet est dilué dans les composantes technologiques d'un système global, ou lorsque le sujet collectif prend le pas sur le sujet individuel.

Les conceptions relatives au **pôle instrument** gravitent autour d'une attribution de statut d'intermédiaire, voire de médiateur entre le sujet et l'objet. Le fait d'introduire ce pôle distinct du sujet ou de l'objet opère une rupture fondamentale avec les modèles bipolaires qui réduisent les situations à un tête-à-tête entre le sujet et tout ce qui n'est pas lui (le milieu, l'environnement), ou encore indistinctement confondus dans l'objet (l'utilisateur réduit à sa maladie).

Le statut d'instrument revêt un sens particulier pour Rabardel, qui distingue finement ce qui appartient à l'artefact (l'outil matériel) et l'instrument, qui est ce même artefact, mais en usage. L'instrument sert à quelque chose, il ne fait pas qu'exister par lui-même, comme l'artefact.

Le statut de l'**objet** varie aussi (objet matériel, processus, objet virtuel, objet de pensée et même conduite propre du sujet ou d'autres sujets). Cependant, il importe ici d'effectuer des distinctions importantes à propos de l'objet. Il faut séparer ce qui relève de l'objet de l'activité, c'est-à-dire ce vers quoi elle est tournée, des autres aspects de la réalité que sont le contexte ou l'environnement. Il importe aussi de bien identifier le type de rapports à l'objet, selon qu'il s'agit de rapports de connaissance, de rapports de transformation (ou les deux), de rapports de communication (en particulier lorsque les instruments sont symboliques, comme le langage).

Ces pôles entretiennent des relations entre eux même lorsque certains semblent être absents. En fait, ils peuvent se confondre les uns dans les autres. Les imbrications fréquentes concernent surtout l'instrument comme l'illustre le schéma suivant, inspiré du modèle tripolaire de Hollingel (1990) qui a travaillé dans le domaine du contrôle des processus, et qui est ici présenté par Rabardel (1995):

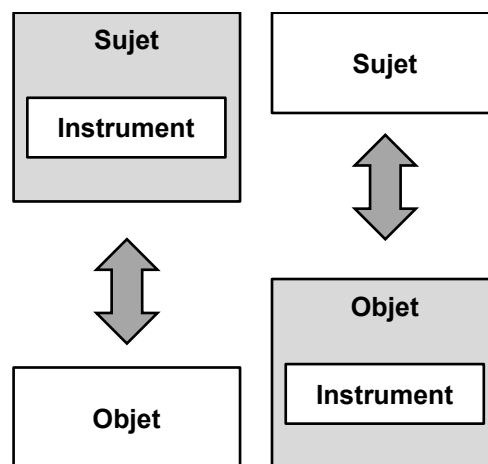


Figure 2. Modèle tripolaire de Hollingel (1990)

En comparant différentes conceptions des pôles de la triade, on constate que, selon les situations et les points de vue qu'on leur applique, la composante humaine peut occuper chacun des trois pôles. Elle peut être, bien entendu, le sujet (utilisateur), mais aussi l'instrument (son propre instrument ou celui d'un autre), et même l'objet d'une activité si celle-ci est tournée vers lui. Différents individus peuvent occuper les différents pôles, et le même individu peut occuper chacun des pôles, simultanément ou successivement.

Rabardel attribue à l'évolution des technologies contemporaines l'apparition nécessaire d'un quatrième pôle pour rendre compte des situations nouvelles liées aux logiciels destinés au travail collectif (les collecticiels ou *groupware*). Ces nouveaux types de dispositifs sont spécifiquement orientés vers les dimensions collectives du travail, et visent à permettre et faciliter le travail en commun. Aux rapports habituels entre les sujets, les objets et les instruments, viennent donc s'ajouter les interactions du sujet avec les autres sujets, à travers des collaborations et des coopérations. Le modèle tripolaire devient alors un modèle quadripolaire qui, dans la situation qui nous intéresse, permet de considérer la dimension collective et institutionnelle du travail avec l'OÉMC informatisé (2009).

Voici le *Modèle des situations d'activités collectives instrumentées* inspiré de Folcher (1999).

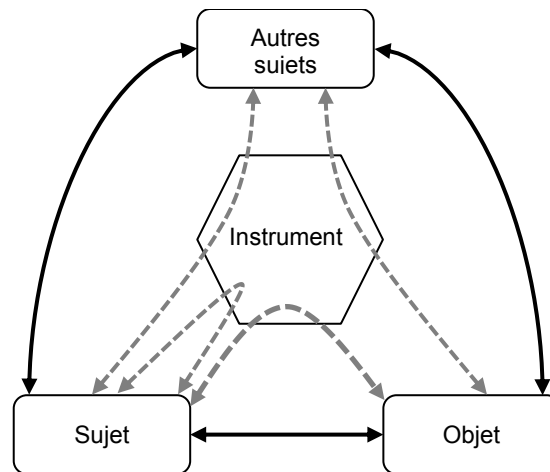


Figure 3. Modèle des situations d'activités collectives instrumentées de Rabardel (1995)

1.3.4 Les rapports entre le sujet et l'instrument

Les nombreuses conceptions relatives à la composante technologique des rapports hommes-machines autorisent à la distinguer un moment de l'instrument pour mieux saisir et comprendre ce qui se modifie par l'activité lorsqu'elle est mobilisée. Dans un monde où le travail et les technologies se complexifient, l'observateur averti se rend compte des nombreux dysfonctionnements de ces systèmes complexes auxquels les humains sont associés. Des travaux ont donc investi le champ des problèmes de la conception de systèmes d'aide au travail, en vue d'en accroître l'efficacité. C'est ainsi que deux types de solutions (diamétralement opposées) ont accordé une place bien différente à l'humain dans les systèmes « homme-machine ». Il nous apparaît très intéressant de retourner à ces définitions des rapports entre les humains et les technologies, même si elles sont issues de domaines plutôt éloignés de celui de la santé et des services sociaux. Ces visions sont si fondamentales qu'il est facile de les appliquer aux conceptions actuelles, par exemple pour le RSIPA. En lisant ce qui suit et en ayant notre observatoire en tête, cela révèle que

les oppositions en présence meublent encore les visions et les attentes à l'égard des technologies d'aujourd'hui.

La première solution peut être qualifiée de palliative, ou de type outil-prothèse. Dans cette solution, l'opérateur traite uniquement les problèmes que le système ne sait pas traiter. Les prothèses sont alors conçues pour pallier aux déficiences humaines. Dans cette conception, l'accent est mis davantage sur la construction du système que sur son usage. L'opérateur y est pour l'essentiel en position d'interface entre la machine et son environnement. Le contrôle est assuré par la partie machine du système, son utilisateur étant chargé de fournir les données au système-expert, puis de prendre en compte et de mettre en œuvre les stratégies qu'il propose.

L'autre solution, de type outil-instrument, est celle de la collaboration entre un opérateur réputé compétent, mais disposant de ressources limitées que les systèmes vont compenser pour lui permettre de mieux réaliser les tâches attendues. Dans cette conception, les compétences des sujets à la construction et à l'utilisation des outils sont considérées comme des ressources pour l'atteinte des buts. Contrairement à la perspective prothétique, l'utilisateur a ici un rôle actif. Ce deuxième groupe de solutions a permis le développement d'un paradigme anthropocentrique dans lequel les systèmes d'aide sont orientés vers l'assistance à l'activité de diagnostic et d'élaboration de solutions par l'opérateur. Il ne s'agit plus pour ces systèmes de fournir à l'opérateur une réponse, voire la meilleure réponse possible comme le propose le «*One best way*» tayloriste, mais d'aider l'opérateur dans sa propre activité d'analyse de la situation.

Tous les types d'instruments, quelle que soit leur forme (ex. : l'instrument social qui capitalise l'expérience, l'instrument psychologique, comme le langage, ou encore l'outil

clinique), occupent une position de médiation qui s'effectue selon deux grandes orientations. L'une va dans le sens de l'objet vers le sujet. Elle est identifiée par Rabardel comme une **médiation épistémique** dans laquelle l'instrument est un moyen qui permet la connaissance de l'objet. L'autre va dans le sens du sujet vers l'objet. Elle est désignée comme une **médiation pragmatique** dans laquelle l'instrument est un moyen d'action transformatrice (incluant le contrôle et la régulation) dirigée vers l'objet. Dans les faits, la médiation qui s'inscrit dans une activité réelle recouvre le plus souvent les dimensions épistémiques et pragmatiques dans des interactions constantes au sein de cette activité (Couturier, Gagnon, Belzile & Salles, 2013).

D'autres relations entre les sujets et les instruments sont elles aussi pertinentes pour comprendre l'usage. Ces relations se déploient sur deux axes qui correspondent à deux formes d'activités humaines que sont la conception et l'usage. Les **activités de conception** offrent une fenêtre pour comprendre les processus par lesquels se conçoivent les outils afin qu'ils soient en cohérence avec les activités, qu'ils puissent s'y insérer, plutôt que de les entraver ou d'y faire obstacle. Les **activités d'usage**, quant à elles, permettent d'accéder au point de vue des utilisateurs eux-mêmes, à leurs savoirs pratiques, à leurs stratégies et à leurs significations qu'ils ont élaborées au fil des situations tout à la fois singulières et complexes qu'ils ont rencontrées dans leur activité professionnelle. L'usage de l'outil devient alors un observatoire de la construction de ces savoirs, très souvent implicites. Les théories de l'activité, notamment la didactique professionnelle, permettent de les expliciter et de rapprocher conception et usage.

Selon que l'on se situe du côté de la conception ou de l'usage de l'outil, le point de vue diffère. Pour les sujets-concepteurs, l'objectif de leur activité de conception est

d'achever l'outil pour qu'il soit fonctionnel et qu'il puisse accomplir les fonctions recherchées. Dans les activités d'usage, les sujets-utilisateurs vers qui l'activité de conception est tournée, peuvent reconnaître l'exigence de tenir compte du mode de fonctionnement des outils et s'appliquer à bien le connaître pour pouvoir les utiliser et les gérer efficacement. Mais les situations dans lesquelles ils vont être appelés à travailler vont aussi les amener à revoir certaines composantes de l'outil ou certaines utilisations, de manière à ce qu'il leur permette de mieux travailler. Les formations sont des moments privilégiés où les deux intentions pourraient se rencontrer, pourvu qu'elles soient conçues en ce sens, et que les deux pôles y aient un statut équivalent, plutôt que le classique statut déséquilibré de l'enseignant et de l'apprenant.

1.3.5 L'activité de conception des outils

Rabardel, au sujet de la conception des outils, attribue cette activité non seulement aux concepteurs, au sens commun du terme, mais aussi aux utilisateurs¹⁴ qui les redéfinissent par leur usage. Ainsi, selon son expression, « la genèse instrumentale » se produit aussi par l'usage. Voici comment cela est possible. L'instrument possède deux invariants qui sont le schème (principes organisateurs de l'action qu'il instrumente)¹⁵ et l'artefact (sa forme matérielle). Leur association stabilisée consacre l'instrument (l'outil) comme moyen potentiel reconnu pour élaborer positivement une solution au regard des besoins d'une situation. Tant du côté du schème que de celui de l'artefact, la genèse instrumentale ne se réalise pas *ex nihilo*. Les artefacts, bien que généralement préexistants aux schèmes,

¹⁴ Cette conception rejoint celle de Pastré qui parle de recréation (reconceptualisation) dans l'action.

¹⁵ Le concept de schème fait référence à Piaget, pour qui les schèmes constituent des moyens du sujet à l'aide desquels il peut assimiler les situations et les objets auxquels il est confronté. L'intérêt que présente ce concept se situe dans son ancrage profond dans l'action.

car proposés aux utilisateurs, sont instrumentalisés par la pratique de ces derniers. Néanmoins, les schèmes sont le plus souvent issus du répertoire du sujet qui les réinvestit, les réaménage, les recompose dans le nouvel artefact, car l'utilisation d'un outil ne se fait jamais à partir d'un utilisateur totalement vierge. Ce double mouvement (de réinvestissement ou de création) est surtout le fait du sujet. Il contribue solidairement à l'émergence et à l'évolution des outils, même si, selon les situations, ils peuvent ne pas être développés également ni mis en œuvre ensemble. Ces deux processus, dont la différence réside dans l'orientation de l'activité, sont le fait du sujet, de l'usage qu'il fait de l'outil (l'outil en usage devenant instrument). Ils sont désignés par l'instrumentalisation et l'instrumentation.

Les processus d'**instrumentalisation** concernent la composante artefactuelle de l'instrument. Ils recouvrent toute une gamme de transformations, qui vont de :

la sélection, au regroupement, à la production et à l'institution de fonctions, aux détournements d'usage, à l'attribution de propriétés, à la transformation de l'artefact, de sa structure, de son fonctionnement, etc. jusqu'à la production intégrale de l'artefact par le sujet. (Rabardel, 1995, p. 111).

Ces mouvements sont dirigés par le sujet vers l'instrument ($S \rightarrow I$), mais sans qu'il y ait nécessairement une transformation matérielle. Deux niveaux d'instrumentalisation par attribution de fonction à un artefact peuvent alors se distinguer:

1. L'instrumentalisation est locale, en lien avec une action singulière et les circonstances de son déroulement. L'artefact est instrumentalisé momentanément dans une temporalité éphémère.

2. La fonction acquise est globale et pérenne; elle s'inscrit dans la durée et est associée comme propriété de l'artefact en lien avec une classe d'actions, d'objets de l'activité et de situations. L'instrumentalisation est durable, sinon permanente.

Dans chacun des cas, il ne s'agit pas d'une transformation matérielle de l'artefact, mais plutôt d'un élargissement de ses propriétés acquises par de nouvelles attributions extrinsèques dont la durée varie selon les besoins et les circonstances. Lorsqu'il y a transformation de l'artefact, celle-ci peut apparaître soit de manière consécutive à l'usage, soit par anticipation de manière à adapter l'artefact à sa fonction.

Les processus d'**instrumentation** président à l'émergence et à l'évolution des schèmes d'utilisation et d'action instrumentée : « leur constitution, leur fonctionnement, leur évolution par accommodation, coordination combinaison, inclusion et assimilation réciproque, l'assimilation d'artefacts nouveaux à des schèmes déjà constitués, etc. » (Rabardel, 1995, p. 111). Les trajectoires sont orientées cette fois-ci vers le sujet lui-même ($I \rightarrow S$).

Cette conception, qui pose la différenciation des processus d'instrumentation et d'instrumentalisation en termes d'activité du sujet, permet de réinterpréter de nombreux faits autrement que par la valence négative (souvent en termes de détournement) qui leur est associée. Cela permet aussi d'articuler théoriquement la continuité entre les processus institutionnels de conception des artefacts et la reconceptualisation dans l'usage ou, comme le soutient Pastré (2011), la conceptualisation dans l'action.

Quand les sujets développent leurs instruments, on peut parler de génèses instrumentales. Pour bien comprendre cette idée, nous allons définir une autre notion qui sera très utile, la **catachrèse**. Les résultats des recherches sur les catachrèses et les

attributions de fonction vont nous permettre de repousser les limites de l'interprétation des écarts entre les usages prescrits et les usages effectifs des outils autrement qu'en termes de détournement ou de carence, vers une interprétation en termes d'élaboration et de genèse instrumentale. Rabardel considère d'ailleurs que les catachrèses sont le premier mouvement vers la genèse instrumentale.

1.3.6 Les catachrèses

Le terme de catachrèse vient de la linguistique où il désigne l'usage d'un mot au-delà ou à la place d'un autre mot et de son acception généralement convenue. C'est par extension que l'idée de catachrèse a été transposée dans le champ de l'outillage pour désigner l'utilisation d'un outil à la place d'un autre, ou l'utilisation d'outils pour des usages pour lesquels ils ne sont pas conçus (Faverge, 1970). En ce sens, ce concept fait référence à l'écart entre ce qui a été prévu et ce qui est réellement en usage, mais ici un écart radical.

Sa connotation plutôt négative s'exprime dans la représentation commune de l'écart. On considère alors l'écart comme un détournement de l'objet par rapport aux fonctions prévues par les concepteurs (ce qu'ils imaginaient et anticipaient de l'usage), par rapport aussi à une forme de rationalité instrumentale théorique qui est inscrite dans l'artefact, la machine ou le système technique. Dans cette perspective, les détournements peuvent causer des problèmes, voire des situations dangereuses en raison de la distorsion des usages par rapport à la rationalité propre du processus technique. C'est ainsi que le détournement peut être à l'origine d'un certain nombre d'accidents, mais aussi, parfois, d'inventions.

La catachrèse peut aussi être considérée comme étant un mode d'expression de l'intentionnalité du sujet puisque la décision de faire un usage détourné de l'artefact relève habituellement du sujet. Cependant, les usages hors norme attribuables à la méconnaissance du mode d'emploi ou des conditions d'utilisation ne sauraient être considérés comme des catachrèses. Ce que révèle avant tout l'existence des catachrèses, c'est la capacité du sujet à adapter les moyens à sa disposition en fonction des fins qu'il poursuit en situation. Cette adaptativité est favorablement soutenue par l'élaboration d'instruments destinés à être insérés dans son activité en fonction de ses propres objectifs. Ainsi, les catachrèses peuvent être considérées à titre d'indices de la capacité des utilisateurs à élaborer des genèses instrumentales, en participant à la conception des instruments, notamment, mais non exclusivement, au travers des usages.

L'interprétation des catachrèses en termes de détournement atteint ses limites lorsqu'on réalise qu'elles n'apparaissent pas que dans des cas isolés et particuliers, mais dans un grand nombre de cas, dans lesquels la production, l'élaboration, l'institution, la transformation des instruments par les utilisateurs sont bien présentes. L'interprétation classique des catachrèses en termes de détournement n'est que le reflet d'un point de vue normatif sur des faits en réalité adaptatifs, d'où l'importance de considérer et de questionner ce cadre normatif. Sur quelle norme s'appuie-t-il? D'où tient-il sa légitimité? Suffit-il qu'un usage n'ait pas été anticipé, prévu, imaginé ou prescrit pour qu'il constitue un détournement?

Les sujets attribuent aux artefacts un ensemble de propriétés pertinentes afin de les faire correspondre aux buts qu'ils se sont fixés. Pour chacune de ces propriétés, ils définissent une valeur idéale. « L'utilisabilité d'un artefact est définie en fonction de la

distance combinée de chacune de ses propriétés à cette valeur idéale ». (Rabardel, 1995, p. 101). La fonction d'un objet n'est donc pas une propriété fixe et intangible, car elle résulte d'un processus d'attribution par le sujet. Les catachrèses s'appuient ainsi sur les propriétés apparentes ou connues des artefacts, mais aussi sur des fonctions non prévues par les concepteurs. Ainsi, l'intérêt qu'on leur porte réside dans le fait qu'elles agissent à titre d'indicateurs d'activité d'attribution aux artefacts par les utilisateurs. La taille des catachrèses (petite ou grande) dépendrait de la disponibilité et de la proximité des artefacts, ce qui positionne les conditions d'utilisation et le contexte de l'action comme facteurs déterminants des catachrèses.

Les différents exemples de catachrèses qui permettent aux sujets de reprendre du contrôle sur des dispositifs qui ont en principe pour intention de prescrire leur activité supposent que ces artefacts soient instrumentalisés par **attribution** de fonctions nouvelles, mais aussi que des procédures compatibles avec ce nouveau type de contrôle soient constituées par **accommodation** des schèmes fondant les procédures anciennes, par **assimilation** de la situation à d'autres schèmes, ou même par **élaboration** de schèmes spécifiques nouveaux organisés autour de la fonction nouvelle, l'organisant en retour comme nouveau moyen de l'activité. L'instrumentalisation de l'artefact est ainsi complétée par une **instrumentation de soi**.

Les recherches que Lefort (1970, 1982, rapportées par Rabardel, 1995) a menées en mécanique permettent la construction d'une forme de matrice instrumentale au sein de laquelle se recomposent l'artefact et les usages. On y retrouve les outils formels et reconnus et les outils informels, ainsi que les usages formels des outils formels (conformes aux modes d'emploi recommandés) et les usages informels qui ne répondent

pas à de telles prescriptions. Les études de Lefort ont démontré que l'usage d'un outil est déterminé par sa proximité et sa disponibilité, et que certaines catachrèses s'expliquent par une économie d'efforts momentanée dans l'usage d'outil pour l'action en cours, et ce, avec une importance minimisée de l'efficacité dans certains cas. Un autre résultat intéressant de Lefort concerne l'intégration des fonctions et des outils informels aux autres outils pour former l'outillage global de l'opérateur. En d'autres mots, bien que généralement chaque outil remplisse sa ou ses fonctions formelles, la restructuration par l'utilisateur de son outillage à sa disposition augmente sa capacité d'agir sur l'objet visé par son activité. L'éclatement des usages autorise une plus grande souplesse dans l'utilisation, une plus grande variété de solutions possibles grâce à l'attribution de nouvelles fonctions aux outils formels et, surtout, informels. L'outillage se métamorphose, se restructure, se réorganise en tant qu'ensemble homogène où se mêlent le formel et l'informel, et où se réalise un certain équilibre entre les objectifs d'économie et d'efficacité. « Il conviendrait donc d'analyser, au-delà des instruments singuliers, l'ensemble que constitue l'outillage d'un sujet, les instruments qui le constituent, leurs statuts, ses règles et formes d'organisation, sa genèse et son évolution, etc. » (Rabardel, 1995, p. 105).

1.3.7 Synthèse des matériaux théoriques

Pour faire la synthèse des différentes connaissances produite autour des usages, une figure a été construite pour illustrer comment les perspectives théoriques de même que les résultats de la recension des écrits scientifiques peuvent se combiner.

Les espaces d'analyse des usages

Il apparaît que l'espace traditionnel d'analyse de l'usage des outils cliniques se situe dans le **registre épistémique**, principalement au moyen de la mise à disposition de connaissances scientifiques et de la prescription de l'usage de l'outil (figure 4) qui auraient un impact suffisant pour modifier les pratiques des utilisateurs. L'usage prescrit ou attendu de l'outil s'appuie ici sur les connaissances que l'utilisateur acquière de l'artefact et des modes d'emploi prévus par les concepteurs, notamment dans les formations dispensées à son intention.

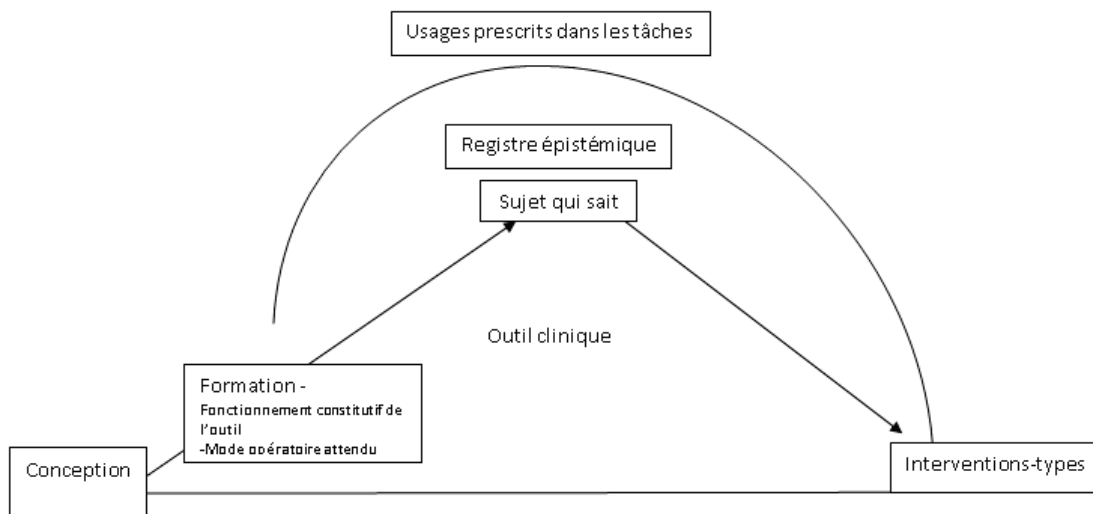


Figure 4. Espace traditionnel de l'analyse de l'usage

Le **registre pragmatique** des outils cliniques, en d'autres mots, ce qui se passe vraiment dans l'usage effectif, une fois les formations et la période d'appropriation des outils complétées, demeure méconnu et sous-estimé (figure 5). Cet espace est celui de l'activité, c'est-à-dire de l'usage effectif d'un outil qui tient compte de la capacité d'agir de son utilisateur.

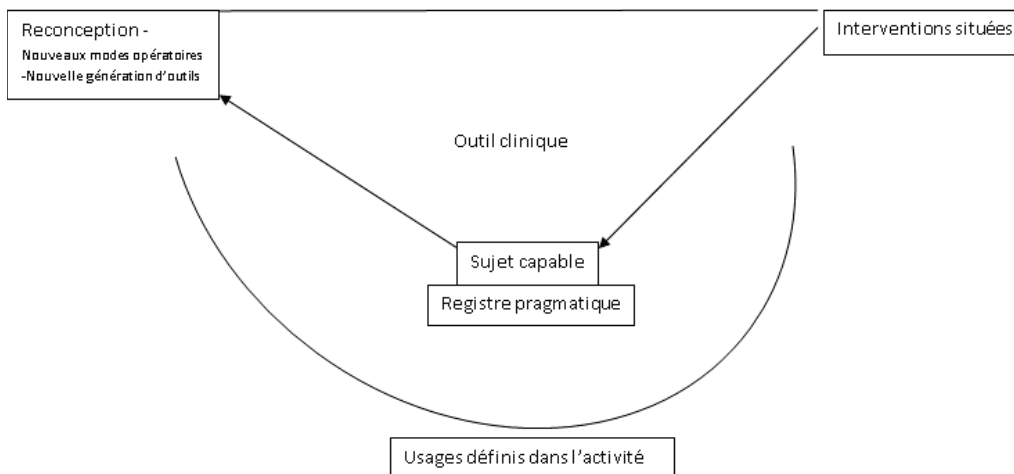


Figure 5. Espace sous-exploré de l'analyse de l'usage des outils cliniques

Schéma intégrateur

Nous proposons d'aborder l'usage comme processus intégrant toujours des registres pluriels (figure 6). Cette ampleur conceptuelle permet de répondre au but et aux objectifs de recherche poursuivis.

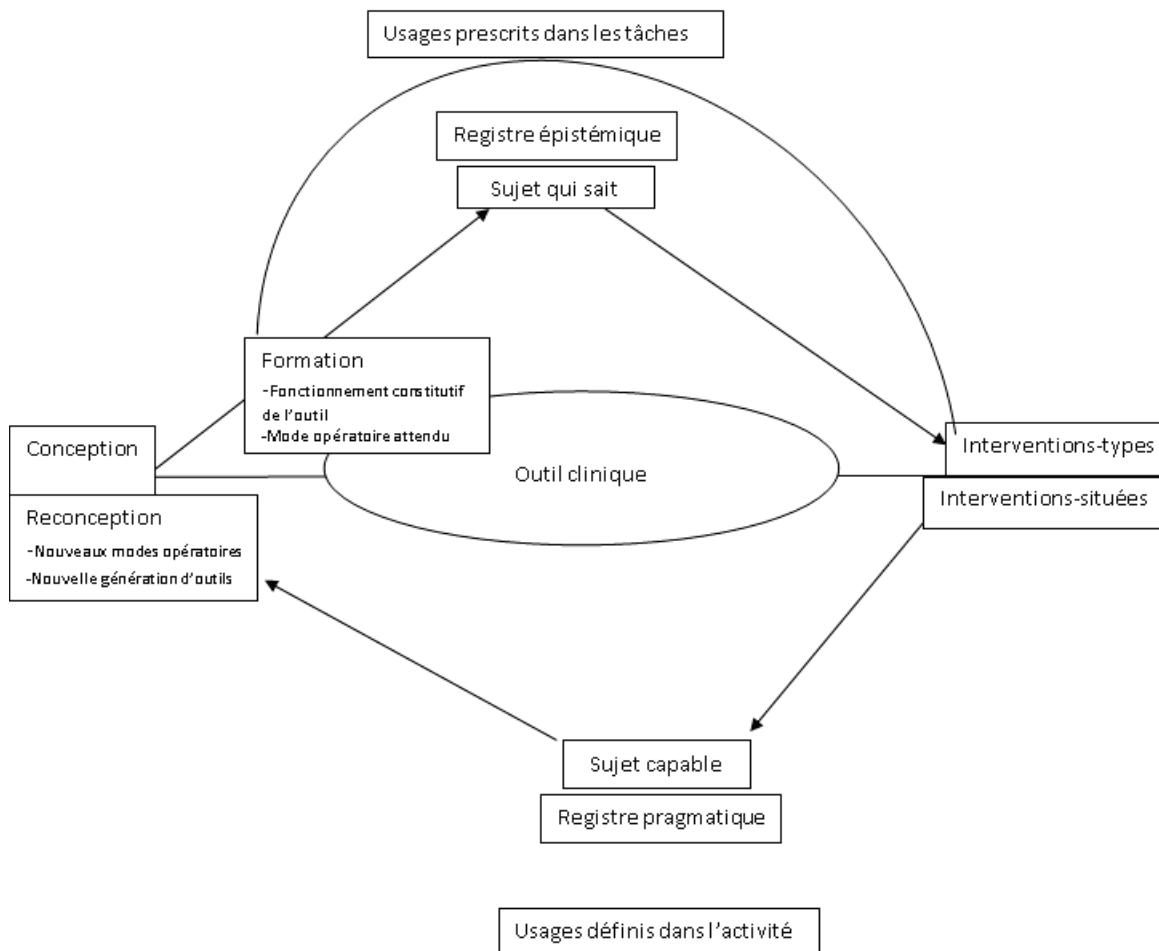


Figure 6. Schéma intégrateur des espaces d'usages

1.3.8 But et objectifs de l'étude

Le but de ce projet de recherche consiste à décrire les usages effectifs de l'OÉMC et de comprendre comment ces usages peuvent éclairer la conception, la diffusion et le soutien aux usages des outils cliniques. Cinq objectifs structurer cette finalité:

1. Décrire l'usage prescrit de l'OÉMC.
2. Décrire les usages effectifs que font les intervenants de l'OÉMC.
3. Identifier les écarts entre les usages prescrits et les usages effectifs.
4. Dégager les conditions qui modulent l'usage de l'OÉMC.

5. Formuler des recommandations à destination des concepteurs, des prescripteurs et des formateurs pour qu'ils tiennent compte des usages effectifs dans leurs activités.

1.3.9 Conclusion

Ce sont la diversité et la complexité des besoins des clientèles des services sociaux et de santé qui appellent le recours à des outils cliniques pour soutenir l'identification des besoins et l'application de solutions en adéquation aux problèmes relevés. Beaucoup d'attention a été portée à la conception de ces outils et à leur implantation en mode expérimental dans les pratiques professionnelles. En revanche, trop peu d'intérêt fut porté jusqu'à maintenant pour savoir ce qui se passe réellement, au-delà des phases de conception et d'implantation expérimentale des outils cliniques.

L'OÉMC se présente comme un observatoire très intéressant pour comprendre les usages, ceux qui ont été définis par les concepteurs, mais aussi ceux qui sont modulés, peut-être même redéfinis au fil du temps, par ses utilisateurs. Cet observatoire est donc pertinent pour capter cet objet encore méconnu qu'est l'usage effectif d'outils cliniques.

.

CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Une occasion s'est présentée alors que le processus éthique allait s'amorcer pour la réalisation de cette thèse. Nous avons été mise en contact avec deux chercheurs en travail social (Université de Sherbrooke et UQAT) qui s'intéressent eux aussi aux usages des outils cliniques, mais de manière plus large et suivant des questionnements qui leurs sont propres. Un s'intéresse à la plate-forme RSIPA, aux PI et au SMAF social, et l'autre aux liens possibles entre les données collectées avec l'OÉMC et l'évaluation propre aux travailleurs sociaux appelée l'*Évaluation du fonctionnement social*. Dans tous les cas, il s'agissait de devis qualitatifs s'appuyant sur des théories apparentées. Il y avait donc une forte probabilité que chacun cogne aux mêmes portes pour recruter des participants. Suite à plusieurs rencontres de discussion, nous avons mis en commun nos ressources pour mutualiser nos outils et méthodes de collectes, présenter une demande d'autorisation éthique multicentrique intégrée, partager le fardeau du recrutement, etc. Chaque projet initial a conservé son originalité et son angle d'analyse propre, et a été désigné comme un volet du projet intégré, qui a été présenté sous le titre *Usages et appropriations des outils cliniques du RSIPA par les intervenants du soutien à domicile*.

La suite de la thèse présente les résultats de notre volet uniquement. Toutefois, les outils de collectes qui sont présentés dans la section suivante portant sur la méthodologie sont ceux qui ont été reconstruits pour intégrer les deux autres volets, en partant des outils de collectes que nous avons déjà développés pour notre projet. Ceci explique que cette thèse ne rend pas compte de tous les aspects qui ont fait l'objet de collectes de données et

qui sont inclus dans les guides d'entretiens. Nous avons réalisé nous-mêmes toutes les collectes au moyen d'entretiens individuels et de périodes d'observation, de même que les analyses selon notre problématique et nos matériaux théoriques.

2.1 Stratégie d'acquisition

Cette section prend appui sur les travaux de Lefrançois (1992) qui se sont intéressés aux stratégies de recherche en sciences sociales, plus spécifiquement pour le domaine de la gérontologie. La référence explicite à ces stratégies fait partie de la structure définie des mémoires et thèses produits dans les programmes de 2^e et 3^e cycles en gérontologie, à l'Université de Sherbrooke.

2.1.1 Finalité

Le but ultime de toute recherche scientifique est le développement de connaissances et l'approfondissement des savoirs. Il est possible, comme le soutient Lefrançois (1992), de préciser, pour la recherche sociale, trois grandes finalités : une finalité épistémique orientée vers des objectifs de connaissance (recherche fondamentale), une finalité praxéologique orientée vers une application pratique en vue de résoudre des problèmes (recherche appliquée), et une finalité instrumentale orientée vers le développement d'outils permettant de faciliter le travail de recherche ou le travail clinique.

Au regard de ces conceptions, nos travaux s'inscrivent dans une finalité épistémique en raison du caractère exploratoire d'un objet à connaître, soit l'usage d'outils cliniques. Cependant, le but consiste à comprendre comment ces usages (prescrits et effectifs) sont

source de connaissances, de façon à améliorer la conception de ces outils et, *in fine*, les interventions auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, comme le souligne Lefrançois (1992), la finalité de la recherche relève d'un double mandat: « D'une part, on la sollicite pour élaborer des connaissances sur la pratique, de l'autre, elle est appelée à participer directement ou indirectement, à la solution de problèmes. » (p. 37), ce qui exprime tout à fait la double intention de cette thèse.

2.1.2 Objectif de connaissance

Ce que Lefrançois (1992) appelle « le niveau de connaissance devant être produit » se définit à la suite de la finalité poursuivie. Deux grandes catégories d'objectifs peuvent être considérées, à savoir les objectifs de connaissance et les objectifs d'action. À ces catégories d'objectifs correspondent cinq niveaux hiérarchisés d'analyse : la description, la classification, l'exploration, la prévision et l'explication. Ces niveaux peuvent coexister et constituent une « puissance d'élaboration » (p. 37) théorique. De manière générale, Lefrançois (1992) considère que le choix du niveau d'objectif de connaissance à produire est fonction de quatre critères : l'état d'avancement des connaissances, l'existence et la nature du mandat extérieur, l'intérêt et les obligations du chercheur et l'expertise en recherche. En ce qui nous concerne, n'ayant ni mandat externe, ni expertise reconnue ou obligations définies en recherche, le principal critère demeure celui en lien avec l'état des connaissances sur l'objet. Nous avons montré que la connaissance des usages effectifs des outils cliniques demeure embryonnaire.

Comme les usages effectifs sont abordés en tant que phénomènes à interpréter et non comme des problèmes à solutionner, nous visions plutôt un objectif de connaissance, plus

précisément, de connaissance descriptive. Lefrançois précise que cette description peut aussi inclure les facteurs qui contribuent, par exemple, à l'efficacité des interventions. L'auteur ne fait toutefois pas mention de la démarche inductive pourtant fort présente dans les méthodologies qualitatives. Or, l'interprétation qui produit la compréhension et, éventuellement, l'explication des phénomènes doit être ici considérée. Pour cette raison, nous tenons à inclure la dimension interprétative à la description, en appui ici sur les travaux d'Hamel (1997) pour qui la première phase de la démarche d'objectivation scientifique est la description opérée par le langage, de manière à prendre une distance de l'expérience immédiate pour la mettre en mots : « la description constitue l'antichambre de la connaissance par concepts. Elle est le prélude à une explication abstraite qui se formule d'emblée par l'entremise du langage » (p. 19). Nous considérons alors les trois niveaux de connaissances présentés par Hamel (1997) : le descriptif, le compréhensif et l'inductif-explicatif.

Voici une représentation graphique de nos objectifs de recherche au regard des travaux de Lefrançois et des précisions apportées par Hamel :

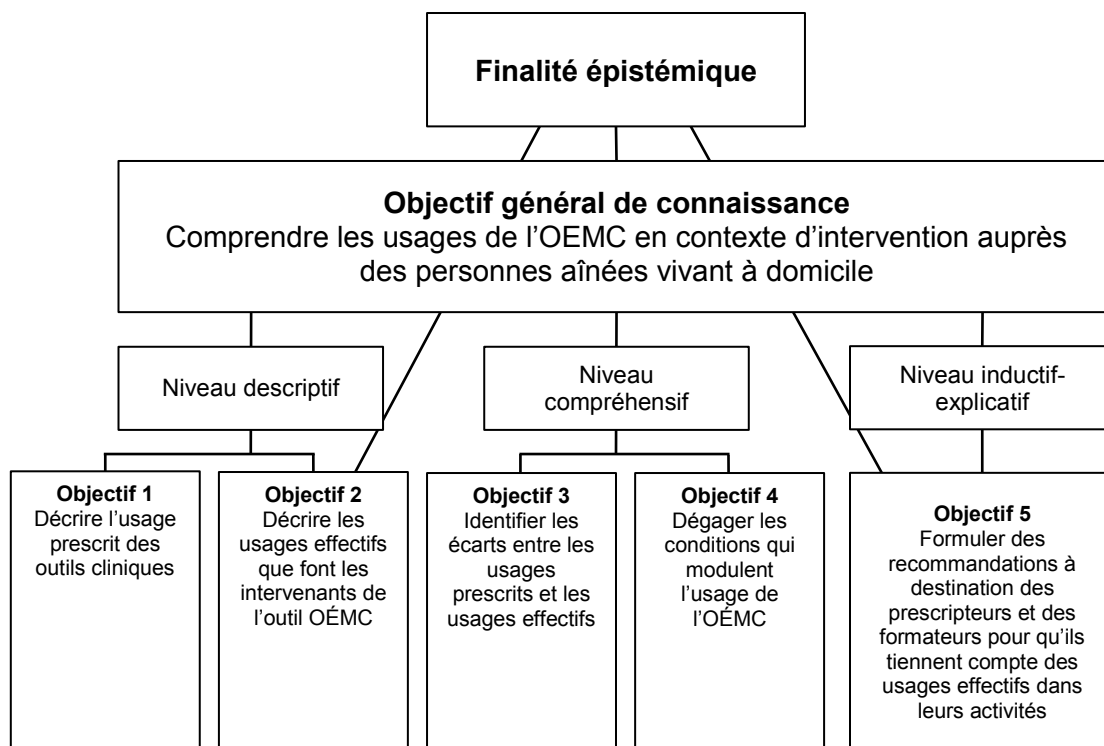


Figure 7. Finalité et objectifs de la recherche selon trois niveaux de connaissance

2.1.3 Dispositif de recherche

Pour répondre aux objectifs poursuivis, nous avons fait appel à un dispositif de recherche qualitatif et interprétatif (Savoie-Zajc, 2000) puisque nous cherchions à comprendre et à faire émerger du sens des usages effectifs d'outils cliniques.

En raison du flou scientifique entourant l'objet « usage », et particulièrement de l'espace de l'usage effectif qu'occupent les utilisateurs des outils cliniques, nous avons cherché, au moyen de différentes méthodes, à reconstruire cet espace. Aussi, même si le corpus théorique a présidé à plusieurs étapes du projet, dont les choix méthodologiques, nous avons toujours gardé en tête la possibilité que soient bonifiées la compréhension et la proposition explicative fournies par la théorie.

Le mouvement d'aller-retour entre la théorie et l'empirie s'est effectué entre les collectes de données et leur analyse, en vue de la reconstruction bonifiée par l'empirie de ce qui avait été fourni au départ par la théorie. Ainsi, les espaces d'analyse des usages se sont reconstruits en y intégrant les données issues du terrain. C'est ce qui accorde à ce travail un caractère inductif, dans le sens où c'est de l'empirie, notre source d'informations privilégiée, que s'est opéré le travail d'analyse qui a conduit au processus interprétatif. Si nous ne prétendons nullement à la généralisation statistique, nous pensons pouvoir contribuer à une certaine généralisation analytique en enrichissant les matériaux théoriques de référence.

Pour comprendre l'intention et le mouvement qui ont conduit ces travaux, il faut exposer notre ancrage épistémologique. Nous avons cherché, pour paraphraser quelque peu Isabelle Vinatier¹⁶ lors d'une conférence à laquelle nous avons assisté il y a quelques années, à « faire bouger ce que chacun tient pour vrai », à mettre différentes perspectives en dialogue, plutôt que de les opposer et ouvrir de nouveaux champs de possibles qui brisent les visions dualistes du monde. En donnant la parole aux utilisateurs, sans les placer dans un paradigme d'évaluation de ce qu'ils font ou de ce qu'ils savent, c'est tout un pan de l'intelligibilité de la réalité qui s'est révélé. Citant Canguilhem (1947), Clot (1993) ouvre ainsi son article qui porte sur *le travail, comme source d'étonnement* :

« On ne vous demande pas de penser », disait Taylor à ses ouvriers. Ce faisant, il allait d'une façon fruste et brutale, au cœur du problème. Il est évidemment désagréable que l'homme ne puisse s'empêcher de penser, souvent sans qu'on le lui demande et toujours quand on le lui interdit. (s/p).

Faire place au sujet, voire aux sujets (aux collectifs, notamment), permet d'envisager les situations, c'est-à-dire comment les intervenants utilisent les circonstances, les

¹⁶ Professeure des universités en sciences de l'éducation à Nantes et Co-directrice du CREN

contraintes (incluant parfois les outils) pour réaliser leur travail. L'attention portée aux relations qu'entretient le sujet avec l'objet (matériel ou autre) de son travail permet d'observer comment il joue avec les contingences qui conditionnent l'usage des outils en tant que médiateurs des processus de collecte d'information, d'identification des problèmes/besoins (diagnostic), de prises de décision, de mise en œuvre, etc. La formalisation peut alors être abordée comme une contrainte, mais aussi comme une ressource qui permet aux utilisateurs de prendre des initiatives (incluant les catachrèses) pour augmenter leur capacité d'agir. Cette approche anthropotechnique est celle que nous avons empruntée, à la suite de Rabardel, pour comprendre les usages des outils cliniques par les utilisateurs.

2.2 Stratégie d'observation

La stratégie d'observation se définit à partir de la population cible, des paramètres de l'échantillon et de tout ce qui concerne la collecte des données, notamment les méthodes et les outils qui ont été utilisés pour atteindre les objectifs de l'étude.

2.2.1 Population cible

La population visée était constituée des prescripteurs (gestionnaires et formateurs), mais surtout des utilisateurs de l'OÉMC (2009), ce qui ouvrait sur plusieurs lieux de collecte possibles. Chiffré par le MSSS, cela représentait 99 établissements (anciens

territoires de Centre de santé et de services sociaux-CSSS) et environ 17 000 utilisateurs potentiels¹⁷.

2.2.2 Échantillonnage

Différents types d'échantillons correspondent aux diverses finalités d'une recherche, selon que les données à traiter sont quantitatives ou qualitatives. Pour un devis qualitatif comme le nôtre, nous avons procédé à deux types d'échantillonnage : un pour les acteurs et un pour les milieux géographiques et institutionnels (Pirès, 1997).

L'**échantillonnage d'acteurs** s'est effectué par choix raisonné en se basant sur des critères de sélection propres à chaque groupe de participants :

- Pour les prescripteurs : (n=9)
 - Être formateur local de l'OÉMC (n=4).
 - Être gestionnaire dans un SAPA (n=4).
 - Être formateur dans le cadre d'une formation nationale (n=1).

Ces trois fonctions, bien que différentes, contribuent à transmettre la prescription des usages des outils.

- Pour les utilisateurs de l'OÉMC (n= 28):
 - Utiliser l'OÉMC (2009) dans son travail.
 - Appartenir à l'une ou l'autre des disciplines suivantes : travail social (formés en travail social de niveau universitaire-TS ou de niveau collégial-

¹⁷ <http://ti.msss.gouv.qc.ca/Familles-de-services/Actifs-informationnels/RSIPA.aspx>

TTS) : n=20; soins infirmiers : n=4; réadaptation (physiothérapie, ergothérapie ou techniciens en réadaptation physique) : n=4.

Comme l'OÉMC n'est pas un outil disciplinaire, différentes professions ont été interpellées pour constituer l'échantillon des utilisateurs de l'OÉMC. Par ailleurs, il est connu que les intervenants sociaux sont davantage appelés à compléter cet outil, ce qui justifie le plus grand nombre d'intervenants de cette discipline.

L'échantillon de milieu (Pirès, 1997) a été constitué de deux sites soit un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), décomposés en sous-territoires de Réseaux locaux de services (RLS). Ces organisations ont été sélectionnées par convenance sur la base de contrastes organisationnels et environnementaux qu'ils présentent

2.2.3 Procédures de recrutement et déroulement de l'étude

La procédure de recrutement des sites et des participants s'est initiée avec une prise de contact informelle pour vérifier l'intérêt et la disponibilité des milieux à s'engager dans le projet. Par la suite, les étapes formelles d'autorisation éthique pour une étude multicentrique et les convenances institutionnelles ont suivi les procédures et consignes habituelles. Le consentement écrit (Annexes 6 et 7) des participants donnant l'autorisation de collecter et de traiter les données, dans le respect de la confidentialité et du droit de se retirer en tout temps, et cela sans préjudice, a présidé l'ensemble de la démarche directe auprès des participants, en conformité avec les exigences de l'éthique de la recherche.

Une fois les consentements obtenus, nous avons contacté les gestionnaires qui nous ont été identifiés pour agir comme personne ressource dans chacune des organisations

pour leur expliquer les objectifs du projet, les critères de sélection des participants et le déroulement de l'étude. Nous leur avons aussi demandé de sélectionner un ou deux RLS, afin de mieux circonscrire les collectes.

Pour le recrutement des participants, un courriel type (Annexe 1) a été produit et diffusé aux gestionnaires qui devaient le faire parvenir aux participants potentiels qui répondaient aux critères de sélection. La possibilité de s'insérer dans une rencontre d'équipe prévue a aussi été offerte. Par la suite, les professionnels intéressés à participer à l'étude entraient directement en contact (par courriel ou par téléphone) avec l'étudiante qui répondait à leurs questions et convenait avec chacun du type de participation souhaité (observation ou entretien, ou les deux), du moment et du lieu de la collecte.

En ce qui concerne le CIUSSS, les collectes se sont échelonnées de juin 2017 pour se terminer en janvier 2018.

Pour le CISSS, les collectes se sont déroulées sur des séjours intensifs d'une durée de 4 à 8 jours, à trois reprises, entre le 17 septembre et le 18 octobre 2017, couvrant ainsi deux des quatre secteurs de RLS qui composent le CISSS.

Le tableau suivant synthétise les composantes de la stratégie d'observation en indiquant le nombre de participants visés et le temps associé à chaque procédure.

Tableau 6 : Stratégie d'observation visée pour chacun des sites

RECRUTEMENT		MODALITÉS	
Participants visés : TS et TTS (TAS) : 10 Infirmières : 2 Réadaptation : 2 Gestionnaires : 2 (responsable SAPA, formateur ou conseiller clinique dans les secteurs de collectes)		- Recrutement sur une base volontaire - Possibilité de rencontrer les équipes pour expliquer les objectifs, les retombées de l'étude et l'implication demandée aux intervenants. - Possibilité de répartir les collectes sur plusieurs anciens territoires de CSSS.	
Étapes	Nature de l'activité	Ressources impliquées	Temps estimé
Recueil et analyse documentaire	Documents internes	Remise des documents pertinents lors des entrevues	

Observation non participante en situation	Suivi d'un intervenant dans ses activités, observation et consignation des informations relatives aux usages des outils cliniques (Consentement verbal, si observation à domicile, mais aucune information sur l'utilisateur)	6 intervenants X 2 jours observation *choix des journées convenu avec l'intervenant	12 jours de présence
Entrevues semi-directives avec les intervenantes	Entrevues pour comprendre les usages et les appropriations des outils cliniques (autour de l'OÉMC)	14 intervenants* X 90 minutes *inclut les intervenants qui ont accepté l'observation	21 heures
Entrevues semi-directives avec les gestionnaires	Entrevue pour comprendre comment l'usage des outils cliniques est prescrit (encadré) par l'organisation	2-4 gestionnaires X 1 heure chacun selon choix des sites	2-4 heures

2.2.4 Méthodes et outils de collecte

Des sources variées d'information pour lesquelles différentes méthodes de collectes de données sont associées ont été mises à contribution dans une perspective d'analyse par triangulation. Les sources sont de deux natures, documentaires et humaines. Nous reprenons chacune de ces sources pour présenter les méthodes qui ont été mises de l'avant pour capter les discours sur l'usage (le dit capté dans les parties descriptives et d'explicitation dans les entretiens), ce qui est effectivement réalisé (le fait appréhendé par l'observation et l'autoconfrontation simple utilisée dans la dernière partie des entretiens), et pour éventuellement comprendre les écarts entre ces deux sources de données et de formuler des recommandations.

Les sources documentaires

Nous avons prévu que l'une des voies les plus importantes de la diffusion du prescrit officiel se trouverait dans les écrits produits par les instances décisionnelles (ex. : le MSSS) et organisationnelles (les CISSS/CIUSSS, les directions SAPA, les formateurs locaux de l'OÉMC, les responsables de la mise en œuvre du RSIPA, etc.). Dans les faits, nous avons été confrontée à un faible taux de formalisation écrite des usages attendus

(sauf pour ce qui concerne la formation nationale). Nous avons consulté et analysé les documents qui nous ont été fournis, notamment par les participants, ou qui nous étaient accessibles (ex. : sur le web), peu importe leur rayon de distribution (ce qui inclut les documents maison à usage interne). Ces documents ont été sélectionnés à partir des trois critères suivants :

- Contenir des informations sur les outils cliniques visés (OÉMC et PI).
- Baliser l'usage de ces outils.
- Utiliser des informations contenues ou produites par l'OÉMC (ex. : les profils Iso-SMAF).

Les sources humaines

Plusieurs personnes ont été rencontrées en entretiens individuels. Le contenu et le déroulement de ces entretiens se sont distingués selon le groupe d'appartenance (prescripteurs ou intervenants). Pour les prescripteurs, qu'ils soient formateurs ou gestionnaires, les entretiens semi-structurés (Annexes 2 et 3) se sont déroulés sur leur lieu de travail et ont duré entre 45 et 60 minutes. Pour les intervenants, les entretiens, d'une durée moyenne de 90 minutes, comportaient trois sections : d'abord une section comprenant des questions semi-dirigées portant sur des thèmes d'intérêt identifié *a priori*, suivie de deux blocs inspirés de deux méthodes particulières, soit l'entretien d'explicitation (Vermersch, 2000) et l'autoconfrontation simple (Clot & Faïta, 2000).

Le travail d'une partie des intervenants a aussi fait l'objet d'observations en situation. Nous allons présenter ces différentes méthodes et montrer en quoi leur déroulement séquencé a permis d'enrichir les données et les regards posés sur l'objet « usage ».

Les entretiens semi-directifs

Tous les entretiens ont été conduits auprès des différents interlocuteurs sur la base d'une structure semi-directive, c'est-à-dire qui allie des questions formulées autour de thèmes choisis à l'avance, avec la possibilité de laisser libre cours à l'échange autour d'autres thèmes qui émergent en cours d'entretiens et que l'intervieweur juge pertinent de développer. L'entretien semi-directif a été ici privilégié pour la compréhension élargie qu'il permet et la place qu'il donne à l'interlocuteur, en lui laissant le choix de ses réponses et l'usage de ses propres mots pour rendre compte du sens qu'il accorde aux thématiques sur lesquelles il est invité à se prononcer. Ces entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants et ont été retranscrits et anonymisés.

Pour les intervenants s'ajoutaient deux autres types d'entretiens (explicitation et autoconfrontation). Cet agencement a favorisé une vision étendue de l'usage de l'OÉMC (2009), tel qu'il est décrit par ses utilisateurs (ce qu'ils disent qu'ils font) en partant d'un discours plus large (questions ouvertes). Par la suite, une description plus concrète a été demandée via un entretien d'explicitation de la pratique portant sur un cas évalué dernièrement. Enfin, un entretien d'autoconfrontation simple a été effectué à partir d'une captation des traces de l'évaluation ou de la formalisation de celle-ci dans le RSIPA et d'un début d'analyse par l'intervenant lui-même de sa pratique. Nous présentons par la suite quelques éléments clés de l'entretien d'explicitation de la pratique (Vermersch,

2000) et de l'autoconfrontation simple (Clot & Faïta, 2000) qui constituent des méthodes moins fréquemment utilisées pour collecter des données.

L'entretien d'explicitation

L'entretien d'explicitation est une méthode développée par Vermersch (2000) pour accéder à l'action réalisée par un sujet à l'aide de la narration qu'il en fait. Cette forme d'entretien permet de canaliser la mise en mots dans une description granulaire des dimensions vécues et du procédural de l'action. Décrire sa propre action n'est pas aussi facile qu'il y paraît. Vermersch (2000) identifie trois difficultés majeures pour expliquer cela :

- 1- L'action est une connaissance autonome. Une part importante de toute action demeure non conscientisée, bien qu'il y ait une capacité réelle à le faire. L'action exige en général un processus d'élucidation pour livrer ce qu'elle contient : « Élucider, c'est clarifier la cohérence de sa propre conduite, pouvoir rendre compte [avec autant de détails que possible] de comment elle s'est déroulée » (Vermersch, 2000, p. 178) de manière à la rendre intelligible pour autrui, mais d'abord pour soi.
- 2- Faire le récit de son action exige une mise à distance de celle-ci, une réflexion sur l'action, une conscientisation de ce qui a été fait. Dans l'entretien d'explicitation, le « faire » se transforme dans un récit détaillé qui rend accessible l'implicite, jusqu'alors indicible. Ce passage de l'action incorporée dans la forme langagière descriptive et détaillée demande un effort qui n'est pas spontané et qui, de ce fait, doit être accompagné.

- 3- Le rôle de médiateur qu'exerce la personne qui guide l'entretien est requis à cet accompagnement. Cependant, ce rôle est contre-intuitif, car il exige de guider le répondant sur un domaine de parole qui tend à demeurer indicible.

Vermersch (2000) impute à sa méthode une finalité développementale et didactique proche de l'esprit de l'autoconfrontation de la clinique de l'activité, et que nous présenterons plus bas : « Quand le sujet prend du recul par rapport à ce qu'il fait, comprend comment il s'y est pris et peut expliquer ses méthodes et procédures de travail, alors il devient progressivement capable d'agir seul, à sa propre initiative et de transférer ce qu'il a appris ». (Vermersch, 2000, 4^e de couverture).

Les entretiens conduits dans le cadre de cette étude ont emprunté à cette méthode de l'explicitation le souci de faire décrire avec minutie ce que les intervenants font vraiment, ce que Vermersch nomme le procédural de l'action (le comment), par distinction du déclaratif de l'action (le pourquoi), qui est plus facile à exprimer, surtout dans un récit rétrospectif. Les entretiens thématiques classiques se focalisent le plus souvent sur le pourquoi. Le problème de cette focalisation sur le déclaratif réside dans le fait qu'un répondant peut énoncer un pourquoi qui est contredit en tout ou en partie par ce qu'il fait. En employant une stratégie multiple d'interrogation comme nous le faisons, nous pouvons à la fois collecter le pourquoi (les intentions) et le fait (le comment), et faire émerger à la conscience du répondant et du chercheur les éventuels écarts entre les deux.

L'autoconfrontation simple

La méthode de l'autoconfrontation simple a été mise au point en clinique de l'activité par Clot (1993), psychologue du travail, et ses collègues, précisément dans le but de faire conscientiser les écarts entre ce que les gens disent et font à propos de leur travail. Avant de décrire spécifiquement comment nous avons procédé et comment nous avons adapté la méthode, nous allons la décrire telle que ses auteurs l'ont présentée. Ces précisions nous semblent indiquées en raison de l'usage peu fréquent de cette méthode dans les études scientifiques en gérontologie.

L'autoconfrontation implique à la fois le travailleur (l'intervenant, dans notre cas) et le chercheur au moment de la rencontre. Cette méthode peut aussi être suivie d'un travail avec un collègue pour analyser une situation de travail à trois, on parlera alors d'autoconfrontation croisée. Habituellement, le participant est confronté à l'image de sa propre activité qui a été captée par vidéo. Il sera d'abord placé dans la position de l'observateur, puis dans celle de l'analyste qui communique au chercheur ce qu'il voit, ce qu'il comprend, ce qu'il croit devoir expliquer, etc. C'est un dialogue double, avec autrui et avec soi-même. Cette nouvelle expérience pour l'intervenant lui permet de se mettre à distance de sa propre action pour en devenir l'observateur fin, et donner ainsi des clés de son activité cognitive, que lui seul possède, pour comprendre et faire sens, au-delà de l'image. Il se trouve cependant des moments où il ne peut pas justifier ce qui a été fait, où il constate l'explicite et, à ce moment, il se pose lui-même en objet de réflexion et de discussion. L'autoconfrontation est guidée par le chercheur.

Clot et Faïta (2000) mentionnent qu'il y a toujours deux phases dans l'autoconfrontation. La première place le participant en découverte de son travail en même temps que de sa qualité de sujet de sa propre activité. Il y a concordance entre le

« je » du discours et le « je » de l'image, tout en impliquant le « on » de ce qu'il faut faire et de comment il faut le faire. C'est le moment de la description qui restitue point par point, séquence par séquence, ce qui s'offre en images. C'est aussi une forme de dialogue à trois voix, celle du participant, celle du chercheur et aussi celle du collectif (ex. : le groupe disciplinaire), qui s'exprime par le « on ».

La deuxième phase s'articule différemment dans le registre discursif et fait apparaître un « je » distinctif du générique, et donc la sortie du « on », qui marque la singularité comme une borne entre ce qui rapproche et ce qui distingue d'autrui¹⁸.

La méthode permet donc d'élucider à la fois pour soi et pour autrui les questions qui surgissent de l'observation des séquences d'activités captées par la vidéo. Il s'agit moins de découvrir des éléments totalement inconnus que de regarder autrement les situations, d'en faire des occasions de développement des activités à venir.

Dans le cadre de cette étude, nous avons substitué la captation vidéo par le contenu d'un dossier RSIPA, donc à l'écran de l'ordinateur. Ce dossier a agi comme miroir de l'intervention, en présentant les traces de l'évaluation et de sa formalisation, ce qui permet de soutenir la description amorcée dans l'entretien d'explicitation puisqu'il s'agissait de la même situation qui était d'abord explicitée, pour être ensuite regardée dans le RSIPA, témoin des traces écrites. C'est sur la base de ce premier mouvement de description que l'intervenant analyse ce qui a été fait, mais aussi ce qui n'a pas été considéré. Il permet aussi d'accéder au discours intérieur de la justification des choix, etc.

¹⁸ C'est ici que se trace la ligne entre le genre (collectif) et le style (individuel), comme les définissent Clot et Faïta (2000). « Le genre est la partie sous-entendue de l'activité, ce que les travailleurs d'un milieu donné [...] savent devoir faire [...] c'est comme un "mot de passe" connu seulement de ceux qui appartiennent au même horizon social et professionnel... Le genre, comme intercalaire social, est un corps d'évaluation partagée qui organisent l'activité personnelle de façon tacite ». (p. 11). « Le style individuel, c'est avant tout la transformation des genres dans l'histoire réelle des activités au moment d'agir, en fonction des circonstances [...] une métamorphose du genre en cours d'action. » (p. 15).

Pour des raisons pratiques, et aussi parce que la demande de contribution de la recherche ne provient pas des organisations ni des intervenants qui y travaillent (contrairement à la clinique de l'activité), et parce que le risque de confondre le processus avec des activités de contrôle de la qualité est présent, nous avons fait usage de l'autoconfrontation simple. Les outils qui ont été discutés avec les participants sont l'OÉMC (2009) et le PI (peu importe le type de PI), ce dernier pouvant être considéré comme un usage premier, découlant de l'évaluation.

L'observation

L'observation en situation (Martineau, 2005) se présente comme un outil de collecte particulièrement prisé par les sciences humaines et sociales comme l'anthropologie et l'ethnologie, même si cet outil ne leur est pas exclusif. Malgré son usage répandu, l'observation revêt une part de mystère et suscite des sentiments contradictoires de suspicion et d'attraction à son égard en raison de sa puissance heuristique et de la difficulté de la manier avec rigueur, notamment d'en rendre compte (Becker, 2002). Plusieurs définitions de l'observation ont été construites, mais nous retenons celle que donne Martineau (2005) : «Un outil de cueillette de données où le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux où ils se déroulent.» (p. 6).

Il y a plusieurs types d'observation. Chacun de ces types attribue une place différente au chercheur selon qu'elle implique la participation de celui-ci (observation participante) ou non (observation non participante). L'observation non participante se subdivise à son tour en mode filature (*shadowing*), dans lequel l'observateur se fond « dans le paysage »,

ou en mode stationnaire (*stationary observation*), qui fait appel notamment aux technologies de l'information comme les vidéos (Czarniawska, 2014).

Nous avons opté pour la forme filature, car elle permet de garder une certaine distance (*outsider*) physique, tout en demeurant dans l'espace proximal de l'observé. En suivant l'observé dans le quotidien de son travail, ce mode d'observation offre une mobilité appréciable, ce qui est considéré par Czarniawska (2014) comme une caractéristique importante et intéressante qui la distingue de l'observation stationnaire. Cette mobilité permet d'accéder aux zones d'ombre que l'observateur ne voudrait ou ne pourrait partager en entretien. Par exemple, l'entrevue a tendance à faire en sorte que le répondant présente l'extraordinaire de sa pratique, alors que l'observation donne accès à l'ordinaire (temps mort, paperasse, discussion de couloirs, etc.). L'analyse de l'ordinaire a pour vertu de rendre compte plus justement du travail, tel qu'il se déroule concrètement et réellement. L'observation non participante s'effectue avec discrétion, jusqu'à « marcher dans l'ombre » de l'observé. Elle permet à l'observateur d'avoir une vision ample et diversifiée des objets approchés. La méthode de l'observation suppose, comme toute méthodologie, des tâches pour le chercheur (Martineau, 2005) :

- 1- Assurer une présence discrète sur le terrain.
- 2- Observer le déroulement des événements de manière soutenue et orientée.
- 3- Garder des traces de ses observations.
- 4- Rendre compte de ce qui a été observé afin d'en proposer une interprétation valide.

Ces tâches ont été entièrement assumées par l'étudiante, cette dernière a conservé des traces écrites des observations grâce à une grille d'observation (Annexe 4) et à un cahier de notes consignant à la suite de chaque période d'observation les contenus importants et ses premières impressions théoriques. Ces notes ont aussi permis à l'observatrice de soumettre de temps à autre certaines observations au participant pour valider sa compréhension.

Outils de collecte des données

En recherche qualitative, l'introduction d'outils de collecte prédéfinis fait débat, comme en témoigne Martineau lorsqu'il pose la question suivante : « L'analyse qualitative doit-elle s'effectuer sans grille préalable, de manière à ne pas imposer d'interprétation, ou doit-elle se rattacher à des théories pour mieux révéler les phénomènes? » (p. 10). Notre réponse est nuancée et implique à la fois une structure donnée par les matériaux théoriques et une ouverture à ce qui peut arriver et qui ne peut être prévu. Prétendre n'avoir aucun instrument veut dire ne pas en avoir de formalisés, de visibles. Cette posture, que nous récusons, a pour effet néfaste de rendre difficilement discutable le processus de recherche, et, par conséquent, ne pas s'exposer à la critique, ce qui est pourtant l'un de ces attributs fondateurs (Hamel, 1997).

Les outils de collecte que nous avons construits présentent une caractéristique commune, soit leur souplesse, dans le contenu aussi bien que dans leur usage.

A. Le formulaire sociodémographique (Annexe 5)

Les informations ont servi à tracer le profil sociodémographique des participants, ce qui a contribué à mieux comprendre quelques-unes des variations disciplinaires. Les

informations collectées concernaient l'âge, la formation disciplinaire, l'expérience dans la profession, dans l'organisation et auprès des personnes âgées.

B. Les guides d'entretiens semi-dirigés (Annexes 3 et 4)

Deux guides d'entretiens distincts ont été élaborés selon les catégories de participants visées. Chaque question a été composée de manière à s'assurer de répondre aux objectifs de l'étude, tout en laissant la possibilité au répondant d'exprimer le plus fidèlement possible sa pensée. Chacun des entretiens a été intégralement enregistré et retranscrit.

C. La grille d'observation (Annexe 4)

Cet outil a été construit autour d'items présents dans les matériaux théoriques, tout en laissant la possibilité d'en introduire d'autres en cours d'exercice. L'utilisation de différents outils cliniques, dont l'OÉMC (2009), a été consignée, de même que les activités cliniques en lien avec ces outils ont été décrites au moyen des gestes professionnels effectués, des difficultés rencontrées et des stratégies d'adaptation que l'intervenant a déployées pour atteindre son but. Enfin, un espace a permis de consigner les réflexions théoriques ou les questions qui ont émergé dans le discours intérieur de l'observatrice.

2.3 Stratégie d'analyse

2.3.1 L'analyse qualitative

En concordance avec nos postulats épistémologiques et nos matériaux théoriques, l'analyse des données fut de type qualitatif, soit « une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène. La logique de l'œuvre participe de la découverte et de la construction de sens. » (Paillé *et coll.* 2008, p. 6). L'information collectée prend du sens dans la mesure où elle est traitée et interprétée pour comprendre la part du monde dont elle rend compte. Différentes techniques et différentes approches peuvent être convoquées pour « faire surgir le sens qui n'est jamais un donné immédiat et qui est toujours implicite et à la fois structurant et structuré, participant de manière diffuse à un ensemble de phénomènes » (Martineau, 2005, p. 11). Les données ont été analysées selon une méthode générale de type inductif et interprétatif, caractéristique des devis qualitatifs qui s'appuient sur le paradigme de la complexité (Mucchielli, 1996). Cette stratégie s'appuie sur trois principes :

Le principe dialogique (le dépassement des antagonismes dans une construction supérieure), le principe de récursion (les effets circulaires et en boucle qui affectent tout phénomène humain), le principe hologrammatique (qui met en évidence que le tout est dans la partie comme celle-ci se retrouve dans le tout). (1996, p. 29).

Le paradigme de la complexité se fonde sur une conception circulaire de la causalité, sur la reconnaissance de la coprésence de vérités plurielles et sur le principe d'émergence (Guba & Lincoln, 1994; Mucchielli, 1996). En phase avec ces principes, nous avons utilisé une perspective compréhensive qui postule que les faits humains ou sociaux sont porteurs d'un sens véhiculé par les acteurs, et qu'il est possible pour d'autres humains (extérieurs à l'activité) d'accéder au vécu de l'autre (intercompréhension humaine).

L'exercice a abouti à la schématisation d'ensembles de significations qui sont extrapolées du phénomène particulier, ce qui conduit à l'élaboration d'une synthèse qui est socialement plausible et qui met en interrelation les significations induites. Ce mouvement d'induction permet l'extrapolation des significations :

La méthode interprétative est une approche [...] d'analyse qualitative (Denzin, & Lincoln, 1994). Elle est fondée sur un système d'explication général qui va au-delà des données et qui les généralise. À l'aide du jugement de l'analyste, elle fait la synthèse entre les idées fortes du terrain et le contexte stratégique ou théorique dans lequel elles s'inscrivent. (Andréani & Conchon, 2005, p. 14)

2.3.2 L'analyse de contenu

Pour être analysés, les discours collectés durant les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits sous forme de verbatims. L'utilisation du logiciel de gestion des données QSR N-Vivo© a facilité le traitement et l'analyse des discours.

L'analyse de contenu comporte des étapes qui, bien que nommées différemment selon les auteurs, font état d'un processus faisant appel à trois séquences en spirale, plutôt que linéaires (Bardin, 2003; Paillé & Mucchielli, 2008; Pourtois & Desmet, 1997). Nous avons utilisé l'analyse de contenu avec les variantes opérationnelles qu'imposent les différents types de matériaux collectés, soit les documents et les discours¹⁹.

Pourtois et Desmet (1997) conçoivent l'analyse de contenu comme étant une démarche qui tente de conjuguer la rigueur de l'objectivité et la richesse de la subjectivité en vue de produire des inférences à la fois valides et reproductibles. Pour sa part, Bardin (2003) définit l'analyse de contenu comme étant une méthode empirique qui fait appel à

¹⁹ Les observations n'ont pas été analysées de cette façon, en raison de la nature des matériaux, mais elles ont été utilisées pour enrichir et valider les autres méthodes.

un ensemble de techniques d'analyse et à des procédures systématiques et rigoureuses de description de contenus, cela en trois étapes : la pré-analyse, l'exploitation du matériel et le traitement des résultats. Nous y reviendrons dans la description de chacune des étapes de l'analyse.

Puis nous avons greffé au processus d'analyse de contenu une idée importante, soit celle qui place l'écriture de la thèse comme praxis d'analyse, telle que Paillé et Mucchielli (2008) la présentent :

La recherche en sciences humaines et sociales est en grande partie une activité discursive. L'écriture y est non seulement incontournable, elle est en soi actualisation de l'analyse, déploiement de la conceptualisation. Le regard analytique ou interprétatif prend en effet forme dans l'écriture [...] Par elle le sens tout à la fois se dépose et s'expose. L'écriture permet plus que tout autre moyen de faire émerger directement le sens. (p. 127).

L'écriture, considérée comme dispositif analytique en elle-même, montre une nature polymorphe, car elle peut être descriptive, évaluative ou analytique. Nous avons utilisé les trois formes, comme autant de moments de la rédaction de la thèse. La partie descriptive s'avère incontournable dans l'effort de contextualisation qui a été amorcé à l'étape de la pré-analyse et dans la description des usages (objectif 2): celui que les intervenants disent qu'ils font de l'OÉMC dans leurs interventions et dans ce que les observations et l'autoconfrontation simple apportent comme informations sur ce qu'ils font vraiment; et celui que les prescripteurs conçoivent et transmettent (objectif 1). La forme évaluative est présente dans les sections qui rendent compte des objectifs qui demandent de repérer et de comparer les discours sur les usages de l'OÉMC (objectifs 1 et 2) et de caractériser les écarts entre les usages prescrits et les usages effectifs (objectif 3). Enfin, le versant analytique de l'écriture se révèle dans la compréhension que

fournissent les conditions de mise en œuvre de l'OÉMC, du point de vue des usages (objectif 4) et de la formulation des recommandations pour la conception d'outils cliniques qui tiennent compte de l'usage effectif (objectif 5).

À chacune de ces étapes correspondent divers outils de collecte et d'analyse de données. Dans le cadre de cette étude, la figure 8 présente comment s'agencent les différentes composantes d'analyse selon les principaux auteurs retenus et les outils qui permettent de réaliser ces analyses. Les étapes de Bardin sont fréquemment évoquées pour présenter les méthodes d'analyse qualitatives, tandis que celles de Paillé et Mucchielli, du moins dans leur présentation formelle, sont moins connues. Nous prendrons donc quelques lignes pour les décrire et pour les mettre en correspondance.

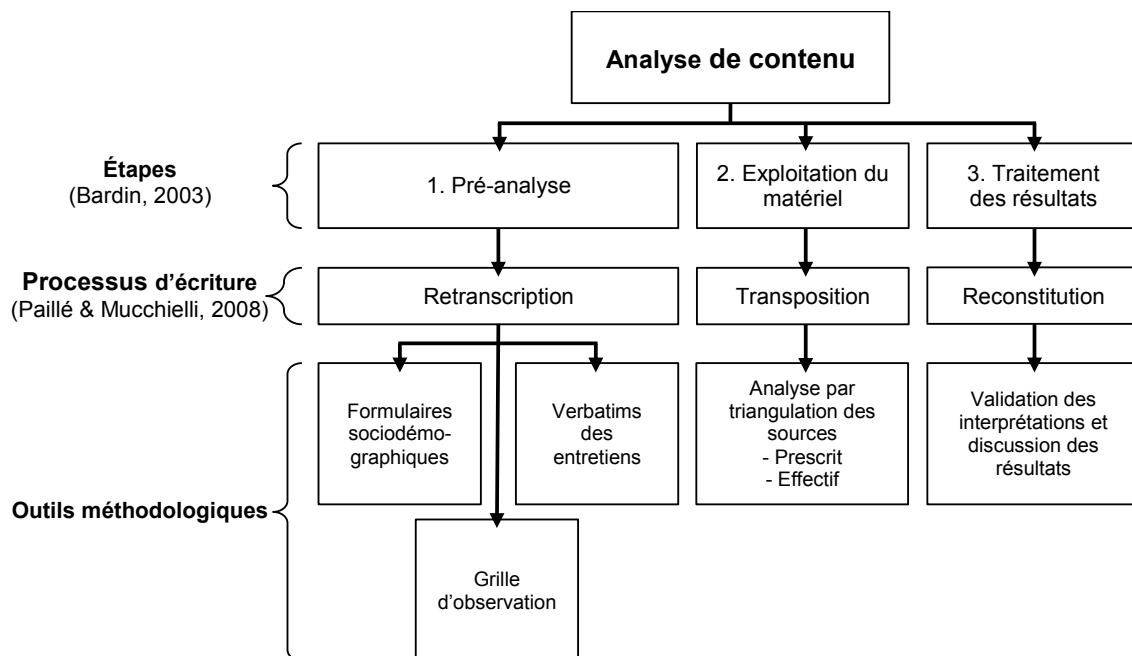


Figure 8. Diagramme d'analyse

La pré-analyse ou la retranscription

Pour Bardin (2003), la pré-analyse correspond au choix des documents et à la collecte des données, ce qui suppose que les critères qui président aux choix représentent dans les faits une forme, bien que primaire, d'analyse.

Pour Paillé et Mucchielli (2008), le premier niveau du travail d'analyse, qui en est un de **transcription**, se décompose en trois opérations circulaires, soit l'appropriation, la déconstruction et la reconstruction. La lecture des données collectées et l'agrégation des données par type de méthodes de collectes (selon les données de l'observation, puis selon les verbatims) ont favorisé l'appropriation des matériaux, et donc un début d'émergence du sens des données et des liens spécifiques qui les unissent. La contextualisation (descriptions des sites et mise en forme des données sociodémographiques) a aussi contribué à approfondir cette première étape d'analyse.

L'exploitation du matériel ou la transposition

Cette deuxième étape analytique transforme et opère une réduction de la masse de données collectées pour forcer un autre niveau de compréhension. Bardin (2003) précise que l'exploitation du matériel se fait au moyen de la lecture/relecture du matériel, du codage, de la compréhension du sens manifeste et de la catégorisation du matériel. Dans notre étude, les catégories d'analyse ont repris les matériaux théoriques choisis : les théories de l'activité et le modèle des situations d'activités instrumentées de Rabardel (1995).

L'arbre de codification (Annexe 8) a retenu les dimensions des usages pour classer les contenus des verbatims, tout en maintenant la possibilité d'ajouter des thèmes émergents. Ainsi, pour l'OÉMC (2009) ainsi que pour chacun des autres outils cliniques

qui parfois l'accompagnent (ex. le SMAF social), le remplacent (ex. la note évolutive), le complètent (ex. l'évaluation du fonctionnement social), le prolongent (ex. le PI), des nœuds communs ont été retenus, définis et regroupés sous cinq grandes dimensions : la formation, l'utilité perçue, l'utilisation (incluant le mode d'emploi prescrit et les conditions d'utilisation), les usages/non-usages effectifs et les liens avec d'autres outils.

La seconde étape de **transposition** prend la forme d'une première

tentative d'interprétations, de mise en relations ou d'explicitation. Elle se pose comme discours signifiant par rapport à une volonté de faire surgir le sens, de donner à voir ce qui peut être vu, de débusquer le non-dit ou l'implicite, de rapprocher ou d'opposer des logiques, de retracer des lignes de force (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 130).

Nous avons également effectué une étape de réduction prenant la forme d'un bilan de codage, dans lequel s'est opéré un second processus de réduction des données qui, avec la montée en abstraction des contenus des discours, a favorisé l'émergence des premières mises en liens.

Le traitement des résultats ou la reconstitution

Tout en étant en phase avec les auteurs que nous avons retenus, Andréani et Conchon (2005) résument bien cette étape culminante de l'analyse : « la procédure d'interprétation des résultats fournit une lecture globale des données en éclairant et en complétant ses conclusions à la lumière des objectifs de l'étude » (p 14). Alors que Bardin (2003) décrit cette étape comme celle de la présentation, de l'inférence et de l'interprétation, Paillé et Mucchielli (2008) reconnaissent dans cette étape l'effort de mise en cohérence qui rend compte des multiples angles sous lesquels s'est exercé le regard de l'analyste : « les

ressemblances, les récurrences, les processus transversaux et la logique d'ensemble » (p. 131). Le travail d'écriture offre une proposition qui fait sens, basée sur la description et la compréhension des données et les interprétations possibles qui culminent avec une abstraction modélisée ou théorisante.

La **reconstitution** des données a été rendue possible par le travail de mise en forme effectué à partir d'un croisement des sources de données pour chacun des cinq objectifs. L'articulation discursive rend ainsi compte d'un « signifiant plein de sens » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 260) qui découle de la déduction réalisée à partir des faits et de l'induction insufflée par « un analyste positionné comme témoin, traducteur et interprète » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 260). Cette forme d'écriture emprunte à la logique de l'argumentation, tout en proposant davantage qu'un simple exercice de communication :

L'écriture n'est donc pas uniquement un moyen de communication, ou même une activité de consignation, mais un acte créateur [...] Sa fluidité et sa flexibilité lui permettent d'épouser les contours parfois capricieux de la réalité à l'étude, d'emprunter des voies d'interprétation incertaines, de poser et de résoudre des contradictions, bref de faire écho à la complexité des situations et des événements (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 127).

Toutes les données collectées sur le terrain ont servi à décrire la réalité étudiée et à en révéler un sens à première vue complexe ou diffus. L'analyse de contenu est la méthode d'analyse qualitative probablement la plus courante. Nous nous sommes appliquée à l'employer de manière itérative, en appui sur les observations et impressions ainsi que sur les verbatims et les documents écrits qui nous ont été fournis puisque « l'on peut débiter l'analyse dès que la collecte des informations est entreprise, et [qu'] il est même

préférable, pour certaines approches, de faire alterner collecte et analyse pour un maximum de validité » (Martineau, 2005, pp. 9-10).

Les analyses ont aussi été soutenues par des discussions avec les autres chercheurs engagés dans les trois volets de recherche regroupés dans le projet *Usages et appropriations des outils cliniques du RSIPA par les intervenants du soutien à domicile*. Ces échanges ont sans doute contribué à augmenter l'ampleur et la validité des analyses.

2.5 Considérations éthiques

Cette étude a rencontré les standards éthiques reliés à la participation des intervenants d'organisations relevant du réseau de la santé et des services sociaux, confirmé par l'obtention d'un certificat éthique (Annexe 9)²⁰. Le projet de recherche a été soumis et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ainsi qu'aux instances autorisées à délivrer la convenance institutionnelle dans chacune des organisations.

D'une manière plus générale, voici les précautions que nous avons prises pour réduire au minimum les risques éthiques inhérents à la participation d'êtres humains à la recherche :

- Les personnes interrogées ont signé un formulaire de consentement éclairé concernant les enjeux éthiques liés à leur participation à cette recherche.
- Nous avons respecté la confidentialité des participants.

²⁰ En raison de l'intégration de notre projet de thèse comme l'un des volets d'un plus grand projet et parce que nous n'étions pas encore autorisée à être désignée comme chercheure, la certification éthique est adressée à Pre Nathalie Delli-Colli, désignée chercheure principale pour le projet *Usages et appropriations des outils cliniques du RSIPA par les intervenants du soutien à domicile*.

- Les participants savaient dès le départ qu'ils pouvaient se retirer momentanément ou définitivement de l'étude, sur simple demande orale, sans avoir à donner une justification, et sans préjudice.
- Tous les usagers rencontrés durant les phases d'observation ont donné leur consentement oral de façon libre et éclairée. Il leur a été clairement transmis que sur simple demande orale, l'observatrice pouvait se retirer. Aucune information les concernant n'a été consignée.
- Les mesures pour assurer l'anonymat des participants et la confidentialité des données ont pris la forme de l'attribution d'un code à chacun des participants. La clé reliant le code à l'identification des participants n'est connue que de l'auteur de cette thèse.
- Le projet de recherche a été soumis et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ainsi qu'aux instances autorisées à délivrer la convenance institutionnelle dans chacune des organisations.

CHAPITRE 3 RÉSULTATS

Après avoir introduit brièvement l'échantillonnage et les deux contextes à l'étude, les résultats seront présentés comme suit. Bien que l'OÉMC (2009) ait été notre observatoire principal prévu, rapidement ses liens avec d'autres outils cliniques sont apparus indissociables. Ces autres outils représentent un type de catachrèses, c'est-à-dire qu'ils sont utilisés à la place de l'OÉMC et leurs usages se sont révélés en observant le travail effectif. C'est pourquoi nous présentons les résultats, pour chacun des principaux outils ou groupes d'outils, qui ont été utilisés par les intervenants, pour décrire les usages, ceux effectifs (objectif 2), ceux prescrits (objectif 1), puis les écarts (objectif 3) en présence entre le prescrit et l'effectif (entre la tâche et l'activité).

Les conditions qui modulent les usages (objectif 4) seront présentées globalement à la suite de la présentation par outil, suivant les pôles du *modèle de situations d'activités instrumentées* (Rabardel, 1995) que sont le sujet (ici l'utilisateur et son groupe professionnel), l'instrument (l'outil clinique en usage) et l'objet (la finalité de l'action), auxquels s'ajouteront les éléments de contexte. Ce choix découle du fait que ces conditions concernent en gros de manière similaire les différents outils. Enfin, les recommandations à l'intention des décideurs, des gestionnaires, des formateurs ou encore des concepteurs d'outils cliniques (objectif 5) feront l'objet d'une partie distincte. Nous conclurons la présentation des résultats en exposant notre analyse transversale au regard du modèle conceptuel qui chapeaute notre cadre théorique.

Avant de poursuivre, rappelons ici les objectifs poursuivis qui structurent cette présentation des résultats.

1. Décrire l'usage prescrit de l'OÉMC.
2. Décrire les usages effectifs que font les intervenants de l'OÉMC.
3. Identifier les écarts entre les usages prescrits et les usages effectifs.
4. Dégager les conditions qui modulent l'usage de l'OÉMC.
5. Formuler des recommandations à destination des prescripteurs, des formateurs et des concepteurs pour qu'ils tiennent compte des usages effectifs dans leurs activités.

Suivant la logique induite par nos matériaux théoriques qui nous font entrer par l'activité, nous allons d'abord décrire les usages effectifs, puis le prescrit pour chacun des outils ou des groupes d'outils qui accompagnent l'OÉMC (2009). L'identification des écarts sera l'occasion de faire des assertions analytiques à propos des usages présentés.

3.1 Descriptions des échantillons

Pour rappel, l'étude utilise deux types d'échantillons, soit l'échantillon de milieux, qui fait référence aux deux sites (CIUSSS et CISSS) où se sont déroulées les collectes, et l'échantillon d'acteurs, qui se caractérise par l'appartenance disciplinaire, le niveau d'étude et l'expérience des participants. Les milieux sont décrits en fonction du portrait statistique produit par les organisations elles-mêmes, et de sources secondaires comme l'Institut de la statistique du Québec et Statistiques Canada, auxquelles ont été ajoutés des

éléments rapportés par des participants pour caractériser les milieux dans lesquels ils évoluent.

3.1.1 L'échantillon de milieux

Les deux territoires sur lesquels se situent les organisations sont contrastés à plusieurs niveaux. D'abord, leurs structures diffèrent en ce que l'un poursuit une mission universitaire en tant que CIUSSS, alors que l'autre est, comme la majorité des organisations sociosanitaires au Québec, un CISSS. Par ailleurs, les données démographiques, la superficie du territoire et la densité de la population doivent être prises en considération pour comprendre les choix en matière d'organisation des services par ces nouvelles structures organisationnelles issues de la réforme du système de santé et de services sociaux de 2015. Les données disponibles ne sont cependant pas toujours précises pour décrire finement les milieux, car la dernière réforme est relativement récente et elle a entre autres opéré des fusions d'organisations qui, dans plusieurs cas, ont redéfini les frontières territoriales.

Le site 1 (CIUSSS)

Ainsi, le CIUSSS a vu ses frontières régionales s'élargir avec l'ajout d'un territoire de RLS, pour être dorénavant constitué de neuf RLS. Ce site dessert une population d'environ 476,108 habitants répartis sur une superficie de 13,000 km², ce qui donne une densité de 31,8 habitants par km². En 2016, selon les données de Statistiques Canada, la ville centre comptait 161 323 habitants, soit près de 35% de la population totale. La population âgée de plus de 65 ans représentait 18,7% (2,6% pour les 85 ans et plus) de

cette dernière. Plusieurs installations de services de première ligne, de même que des services de réadaptation ainsi que huit hôpitaux, dont un hôpital de soins spécialisés, composent le CIUSSS. Le site internet de l'organisation mentionne que plus de 17,000 employés et gestionnaires, près de 400 médecins de famille et 600 médecins spécialistes, et pas moins de 300 chercheurs y travaillent.

Dans le cadre de cette étude, nous avons rencontré des intervenants de cinq RLS et de sept secteurs²¹. Les caractéristiques des différents secteurs qui nous ont été rapportés par les participants mettent en évidence deux choses primordiales : tout en reconnaissant que le travail au SAPA est parcouru de transversalités qui dépassent les contextes, pensons notamment à l'utilisation standardisée des outils cliniques comme l'OÉMC et les PI, des disparités au sein de mêmes territoires subsistent aussi et peuvent être surprenantes, pensons à la qualité du réseau internet ou à l'accès à un médecin de famille. La tension entre l'harmonisation du territoire et la singularité de secteurs trouve ici une aire de jeu. Ainsi, au sein même de cette grande région, des dissimilitudes existent, et elles passent même sous le radar de l'harmonisation des services et des pratiques. Le manque de ressources dans certains secteurs, l'isolement social et géographique des usagers, la pauvreté, les minorités culturelles (qui ne sont pas que le lot des grandes villes), tous ces modulateurs de la capacité à transformer les situations se croisent et prennent des configurations particulières selon les secteurs.

Le site 2 (CISSS)

²¹ Un RLS peut avoir sous sa responsabilité différents points de services, plus ou moins éloignés d'une ville plus importante. La présence d'une installation CLSC a déterminé le nombre de secteurs.

Le CISSS, quant à lui, a perdu à l'occasion de la réforme de 2015 un RLS, ce qui veut dire que quatre RLS composent la nouvelle organisation. Les chiffres disponibles par Statistiques Canada incluent le plus souvent le RLS qui ne fait plus partie de l'organisation. Ainsi, les chiffres de 2016 indiquent que la population se chiffrait à 92,727. Elle était répartie sur une superficie de 20,272 km², ce qui représente une densité d'occupation du territoire de 4.8 habitant/km². La capitale régionale comptait 2610 habitants, avec une décroissance de 7,6% depuis 2011. 26,2% de la population était âgée de 65 ans et plus (3.6% de 85 ans et plus). Le nombre d'installations rapporté sur le site internet du CISSS est de 49, dont quatre hôpitaux généraux. Environ 160 médecins de famille sont actifs sur le territoire, pour 321 médecins au total en 2015. Le réseau universitaire de qui relève ce territoire est à plus de 700 km de distance, ce qui peut expliquer la faible présence de la recherche sur ce territoire.

Dans le cadre de cette étude, nous avons rencontré des intervenants de deux RLS et de cinq secteurs. Aux caractéristiques déjà évoquées pour le site 1, soit l'accès aux ressources, la pauvreté, l'isolement et la langue, s'ajoute le manque criant de ressources professionnelles.

Tableau 7 : Présentations des milieux

	Site 1 CIUSSS	Site 2 CISSS
Population	476, 108	92 727 (2016)
Superficie	13 000 km ²	20 272 km ²
Densité	31,8 hab./km ²	4,8 hab./km ²
Langue parlée à la maison : anglais	7,1%	9,2%
Réseaux locaux de services (RLS)	9	5
Nb d'installations	-	49
Nb d'employés et de gestionnaires	17 000	-
Nb de médecins de famille	392	±160
Nb de chercheurs	300	-

3.1.2 L'échantillon de participants

Sur le premier site, nous avons rencontré 13 intervenants travaillant dans cinq RLS différents. Leur répartition disciplinaire correspondait à la prévision. Un intervenant (TS) a dû se désister en raison d'une intervention urgente, et il ne nous a pas été possible d'obtenir un nouveau rendez-vous par la suite. Nous avons aussi rencontré deux gestionnaires et un formateur. Le profil des intervenants et des gestionnaires et formateurs rencontrés est présenté dans le tableau 8.

Sur le site 2, nous avons rencontré 10 intervenants travaillant dans deux RLS différents. La répartition disciplinaire se rapprochait de la prévision, sauf pour les intervenants sociaux²² (n= 7/10). Il faut aussi préciser qu'un des deux RLS ne compte aucun TS dans ses effectifs, les techniciens en place profitant de droits reconnus (clause grand-parentale) dans le Code des professions. Sur ce site, une participante (TTS) a dû se désister et il ne nous a pas été possible de planifier un autre rendez-vous par la suite.

Tableau 8 : Caractéristiques sociodémographiques des intervenants

Caractéristiques sociodémographiques	Site 1	Site 2
	CIUSSS	CISSS
	<i>n</i> = 13 5 RLS	<i>n</i> = 11 2 RLS
Âge moyen	37,1 (25-54)	39,3 (24-59)
Discipline		
Ergothérapie	1	0
Réadaptation physique	1	2
Sciences infirmières	2	2
Travail social	9	7
Scolarité		
Maîtrise	3	0
Baccalauréat	5	3
Technique	5	8
Expérience professionnelle	10,9 (1-33)	14,3 (1,5-36)

²² Ce terme sera employé pour désigner le groupe constitué des TS et des TTS car nous ne les avons pas distingués dans les analyses.

Expérience avec aînés	7,1 (0,5-15)	9,8 (1-35)
Expérience dans le service	5,2 (0,3-14)	9 (1-32)
Nombre d'années avec l'employeur	6,4 (0,3-15)	11 (1,5-35)

Nous avons aussi rencontré des gestionnaires (n=4), trois formateurs de l'OÉMC et pilote RSIPA. Ces entretiens ont contribué, avec les documents écrits, à définir l'usage prescrit.

Tableau 9 : Caractéristiques sociodémographiques des prescripteurs

Caractéristiques sociodémographiques	Site 1	Site 2
	CIUSSS	CISSS
	<i>n</i> = 2G+2F 5 RLS	<i>n</i> = 2G+1F 2 RLS
Âge moyen	41,50 (38-44)	34 (30-37)
Discipline		
Kinésiologie	0	1
Réadaptation physique	0	1
Travail social	4	1
Scolarité		
Maîtrise	1	0
Baccalauréat	3	2
Technique	0	1
Expérience professionnelle	15,88 (12-20)	8,67 (3-16)
Expérience avec aînés	14,13 (12-17,50)	11 (7-16)
Expérience dans le service	7,75 (2-18)	1,33 (0,33-3)
Nombre d'années avec l'employeur	16,63 (14-20)	11 (7-16)

Légende : gestionnaires (G) et formateurs (F)

Il faut enfin ajouter à ce portrait un entretien qui a été fait auprès d'un formateur national (RSIPA et outils). Le nombre total d'entretiens est donc de 31.

3.2 Usages de l'OÉMC et de ses outils compagnons

Pour chacun des outils, l'usage effectif sera présenté, suivi de l'usage prescrit et des écarts observés.

3.2.1 L'OÉMC (2009)

La place de l'OÉMC dans le coffre à outils des intervenants

De façon générale, les intervenants doivent composer avec plusieurs prescriptions, dont celles du MSSS qui sont relayées par leur organisation, mais aussi celles de leur ordre professionnel, en plus d'autres prescriptions propres au fonctionnement de leur organisation, par exemple, la présence ou non d'espaces et de dispositifs de négociation des services lorsque les profils Iso-SMAF ne suffisent pas à rendre compte de la complexité des situations, notamment lorsque d'autres facteurs comme la capacité financière doivent être considérés en outre du profil. Les intervenants se doivent donc de maîtriser ces divers registres de prescription et d'en gérer les éventuelles contradictions.

Avant d'entrer directement dans la description de l'usage effectif de l'OÉMC, nous allons situer cet outil clinique dans le coffre à outils général des intervenants, tel qu'ils nous en ont parlé et tel que nous l'avons observé. Il sera donc question de l'OÉMC (2009) et du PI, ainsi que les différents formulaires de référencement à d'autres professionnels ou à des services ou organisations partenaires, les notes évolutives et les outils disciplinaires. Bien que ne relevant pas directement de l'OÉMC, il nous a fallu considérer ces derniers groupes d'outils pour comprendre les usages de l'OÉMC et surtout les catachrèses. Par exemple, les notes évolutives revêtent une importance en raison de leur contenu (diverses évaluations disciplinaires, évolution de la situation de l'utilisateur, de ses besoins, des services, etc.) et des usages qui en sont faits. Elles mettent en lumière ce que l'OÉMC (2009) ne réussit pas à faire actuellement et viennent ainsi répondre au besoin d'efficacité recherchée.

Enfin, les systèmes ou plates-formes informatiques qui auraient pu être considérés comme des conditions d'usages forment de notre point de vue, un autre groupe d'outils, particuliers, dont la fonction et l'usage vont au-delà des conditions. Ces systèmes ne font pas que reproduire des formulaires papier, mais ils agissent, pour la plupart, comme des systèmes qui comprennent des outils qui ne pourraient être ainsi conçus s'ils n'étaient pas informatisés (le cas des PI illustre très bien ce fait) en même temps qu'ils structurent les modes de communication (les statistiques produites dans I-CLSC²³ sont utilisées pour rappeler aux intervenants les OÉMC en retard) et l'accès aux informations.

Bien qu'il existe différents paramètres pour situer ces outils, selon leur origine de conception (outil maison, disciplinaire ou standardisé), la provenance de leur prescription (MSSS, CIUSSI/CISSS, ordres professionnels), leur support (informatique ou papier), ou leur sémantique d'usage (le sens que leur accordent les intervenants dans leur travail), nous avons porté attention aux transversalités. Toutefois, l'exercice nous a obligé à contraster ces résultats selon la profession, avec quelques nuances à apporter selon les sites. Débutons donc avec la place qu'occupe l'OÉMC (2009) dans le travail quotidien des intervenants, en distinguant les origines disciplinaires, puis les sites. Les outils sont représentés par des cercles concentriques, selon l'importance que leur accordent les professionnels.

Pour les intervenants sociaux (figure 9)

²³ I-CLSC est un système permettant la gestion de l'information clinique et administrative. Il permet, entre autres, la saisie des statistiques par les intervenants. La performance des organisations est en bonne partie déterminée par ces statistiques. <http://www.ti.msss.gouv.qc.ca/Familles-de-services/Actifs-informationnels/Integration-CLSC.aspx>

Sur le site 1, les intervenants sociaux (TS et TTS) ont affirmé que l'OÉMC était l'outil central de leur travail : « Actuellement, l'outil multicientèle c'est vraiment majeur... c'est le principal outil. » (1-TS009)

Faut-il rappeler ici que ces intervenants complètent davantage d'OÉMC que les autres professionnels, ce qui pourrait influencer cette affirmation. L'OÉMC devient même identitaire pour eux, à un point qu'il estompe la discipline. À la question « Comment décririez-vous votre travail? », plusieurs ont répondu « Nous, on fait des OÉMC et on installe des services ». Par ailleurs, cette fonction super-identitaire de l'outil est renforcée par une attribution de rôle provenant des professionnels d'autres disciplines, l'OÉMC étant considéré par ces derniers comme un outil qui convient mieux aux intervenants sociaux. L'ensemble de l'outil, son vocabulaire parfois plus médical, ne semble pas embêter les intervenants sociaux qui manifestent globalement intérêt et aisance avec les données relatives à la santé. Toutes les parties de l'OÉMC (ex. le SMAF social) ne reçoivent pas le même intérêt, mais nous y reviendrons plus loin.

Les outils maison, surtout ceux développés par l'organisation, sont nombreux et font partie intégrante de l'activité professionnelle. Ils prennent souvent la forme de formulaires de référencement ou de demandes de services en format papier. En plus d'être nombreux, ils répliquent souvent plusieurs informations pourtant collectées dans l'OÉMC (2009). Sans ces outils, il n'y aurait peu d'actions possibles et en ce sens, on ne saurait les réduire à des formulaires administratifs, ils font partie de l'intervention et de ce que veut dire « Faire un OÉMC ».

Le PI est aussi un outil clinique obligatoire, mais dont l'utilité est *de facto* remise en question, peu importe le type de PI. Cette remise en question ne concerne pas le principe de faire un plan, mais bien sa forme actuelle, qui ne facilite pas l'usage.

Ce qu'on nous demande c'est qu'il y ait au moins un plan d'intervention par dossier. Souvent vu qu'on est les gestionnaires de cas, on fait le plan d'intervention général qui inclut les autres professionnels, puis normalement on devrait aussi avoir un plan d'intervention individualisé selon l'Ordre, mais souvent on n'arrive pas à dédoubler les plans d'interventions (1-TS005)

Ce que je trouve difficile, c'est de construire le plan d'intervention parce que la recherche de mots, des mots qu'on veut mettre là, pis la recherche du partenaire, faut le trouver le partenaire dans notre liste. Je trouve que ça demande un temps énorme. (1-TS001)

Lorsque complété, il l'est que pour rencontrer la prescription ministérielle quant à la productivité et aux cibles de reddition de compte qui le concerne, soit 90%, comme les OÉMC. Il est donc complété par obligation uniquement, sans qu'il y ait d'utilité clinique perçue. Le PI est conséquemment souvent complété en rentrant des données approximatives et incomplètes, que pour faire en sorte qu'il figure comme «complété» dans le RSIPA. D'ailleurs, s'ils avaient le choix, les intervenants cesseraient de les utiliser, du moins dans leur forme actuelle.

Quant aux notes évolutives, elles ont pris une importance insoupçonnée dès les premières collectes. Sur ce site, elles sont rédigées dans un des modules du RSIPA et sont ainsi accessibles à l'ensemble des intervenants. Tous rédigent leurs notes dans le RSIPA, peu importe leur discipline. Le CIUSSS a d'ailleurs offert une formation (pour certains secteurs) portant sur les notes évolutives, ce qui a été décodé par les intervenants comme un outil qui revêt une grande importance²⁴ pour l'organisation. L'évaluation du

²⁴ Cette même logique joue, mais à l'inverse, pour les PI qui n'ont pas fait l'objet d'une formation autre que celle du RSIPA. Selon les participants, cette formation s'est essentiellement focalisée sur les

fonctionnement social qui est exigée par l'ordre professionnel des TS, est complétée quand le temps le permet et colore, elle se retrouve dans les notes évolutives.

Un outil disciplinaire est réservé aux TS²⁵, soit l'*évaluation du fonctionnement social*.

En principe déontologiquement obligatoire, cet outil se rédige dans les notes évolutives, quand le temps le permet.

Oui j'en fais [des évaluations du fonctionnement social]. Je n'en fait, pas dans tous mes dossiers, pas dans tous mes dossiers. C'est un objectif que j'ai de compléter tous mes OEMC, faire tous mes plans et faire mon évaluation du fonctionnement. Mais c'est ça, peut-être dans le, on va dire le 1/5 de mes dossiers jusqu'à maintenant. (1-TS006)

En réalité, ça serait requis et nécessaire dans tous les dossiers. Moi, je n'y arrive pas. On nous demande de faire les OEMC à jour, les plans d'intervention. Donc, là c'est vraiment un choix personnel, mais c'est, soit je réponds aux exigences de mon établissement, soit je réponds aux exigences de l'ordre. Si je réponds aux exigences de mon ordre, je ne réponds pas aux exigences de mon établissement, car je n'y arrive pas. Donc, actuellement je complète les évaluations du fonctionnement social où que je vois que c'est pertinent pour mes collègues ou sur lequel je vois que c'est très bénéfique pour la réflexion, ça nous amène à prendre le temps de bien réfléchir. Donc habituellement, ce n'est pas systématique et j'aimerais que ça le soit. (1-TS009)

Les deux plates-formes électroniques, le RSIPA et I-CLSC, sont utilisées complémentirement par l'ensemble des intervenants, puisque des fonctions particulières leur sont dévolues et qu'elles ne sont pas intégrées l'une à l'autre. Mais pour ce qui concerne l'échange d'information, incluant l'acheminement des outils maison, les moyens sont différents selon les exigences des destinataires. Ainsi, la télécopie est encore

technicités de la plate-forme et non sur le rationnel de l'activité de planification ou le contenu, ni sur les différences entre chacune des formes de PI.

²⁵ Les TTS ne sont régis par aucun ordre professionnel. Contrairement à d'autres professions de formation technique (ex. : les infirmiers/infirmières, les thérapeutes en réadaptation physique), ils ne sont toujours pas intégrés à l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux du Québec (OTSTCQ). De ce fait, ils ne sont pas tenus de rédiger un outil disciplinaire particulier.

fortement utilisée pour les contacts avec les médecins. La plupart des formulaires sont remplis en format papier.

Il faut aussi noter que des ordinateurs portables sont disponibles presque partout, pour chacun des intervenants, mais que leur utilisation à domicile est quasi inexistante, pour toutes sortes de raisons qui seront évoquées plus loin.

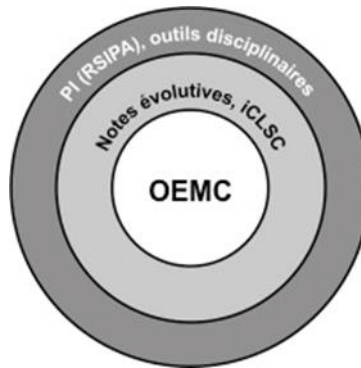


Figure 9. Place de l'OÉMC pour les TS/TTS

Sur le site 2, les intervenants sociaux considèrent aussi l'OÉMC comme central à leur travail, et ils accordent sensiblement la même place aux autres outils que l'ont fait leurs collègues du site 1, c'est-à-dire en accordant beaucoup d'importance aux notes évolutives (ici manuscrites) et en attribuant une faible utilité au PI.

Je vous vois avec votre stylo parce qu'ici, les notes se font papier?

Oui, ça c'est un problème qu'on a ici (2-TS003)

Comme sur le site 1, le principal outil disciplinaire, l'évaluation du fonctionnement social, est complété quand le temps le leur permet, et se retrouve dans les notes évolutives.

Honnêtement non ! J'en fais [des évaluations du fonctionnement social], mais pas comme je voudrais parce que ça va vite, puis déjà que l'OÉMC est aussi obligatoire, le plan de services, le PI, on a beaucoup de choses [...] Ce n'est pas parce que je ne veux pas. Je devrais les faire. Mais... Ça

va tellement vite. L'outil, c'est quand même long à faire. C'est quand même une bonne évaluation puis... Comme je dis il y a beaucoup de choses qui se retrouvent là-dedans, qui est dans le fonctionnement social. (2-TS004)

Ce constat ne signifie pas une posture technophobe du site 2, mais bien une évolution différenciée de l'instrumentation dans les deux sites. Par exemple, contrairement au site 1, le site 2 fait montre d'une utilisation systématique du téléphone cellulaire par tous les intervenants dans le cadre de leur travail, ce qui leur sert aussi bien à rejoindre les usagers qu'à se tenir informés entre eux, ou encore à rejoindre leur supérieur pour avoir une réponse rapide à leurs questions cliniques ou administratives.

Les outils de référencement sont aussi présents et nombreux. Ils ont fait l'objet d'un effort d'harmonisation à l'échelle du CISSS pour les références aux entreprises d'économies sociales (EESSAD) qui s'occupent notamment des AVD/AVQ, et d'une bonne partie du répit à domicile.

Les systèmes informatiques (RSIPA et I-CLSC) et les moyens de transmettre les outils et les informations sont les mêmes (télécopieur, courrier, courriel) que sur le site 1.

Il y a donc convergence entre les deux sites quant à la place de l'OÉMC pour les TS/TTS et ce, malgré une différence dans le support des notes évolutives qui se rédigent soit en format papier sur le site 2, soit dans un des modules du RSIPA sur le site 1.

Pour les autres professionnels (figure 10)

À peu de choses près, les infirmiers/infirmières et les professionnels de la réadaptation peuvent être présentés comme un groupe. Aucun de ces professionnels ne considère l'OÉMC comme central à son travail, bien que tous aient reçu la formation et que tous en complètent quelques-uns par année. Ce sont plutôt leurs outils disciplinaires qui occupent

cette place. Le nombre d'OÉMC qu'ils complètent est d'ailleurs significativement plus petit que pour les intervenants sociaux. La dispersion dans le temps et le nombre réduit d'outils complétés annuellement participent à la perception de la charge de travail supplémentaire que représente l'OÉMC, alors que leurs collègues intervenants sociaux l'ont intégré comme étant au cœur de leur métier.

La manière de faire varie d'une discipline à l'autre. Par exemple, les infirmiers/infirmières complètent des OÉMC quand ce sont des suivis à long terme, c'est-à-dire que « la guérison ou la récupération n'est pas prévisible » (2-i002). Pour leur part, les intervenants sociaux nous ont rapporté qu'ils étaient en mesure de compléter l'OÉMC le plus souvent, en une rencontre, parfois deux. Chez les infirmiers/infirmières, la collecte se déroule en général au fil des visites, au travers de leur collecte disciplinaire (avec le système informatique SYMO²⁶ pour le site 2). Dans ce cas, c'est seulement quand l'ensemble des données a été collecté qu'ils complètent l'OÉMC. Cette manière de faire semble être un compromis acceptable, ou une forme d'adaptation de la pratique au contexte, car faire un OÉMC de A à Z dans une journée n'est pas envisageable pour ce groupe, à moins d'être dégagé des autres activités quotidiennes disciplinaires. Il y a donc une plus faible perception d'utilité attribuée à cet outil de leur point de vue. Ici aussi l'OÉMC est plutôt périphérique au travail de ces intervenants qui ne sont pas du domaine social,

Le PI se révèle encore moins significatif pour ces groupes de professionnels qui doivent, sur prescription de leurs ordres professionnels respectifs, faire un PI (aussi désigné comme *plan de soins* ou *plan thérapeutique infirmier-PTI*) qui se retrouve pour

²⁶ Logiciel utilisé dans certains milieux par les infirmier/infirmières en soins à domicile : http://www.hopem.com/fr/produits/symo_sad/

certaines dans leurs notes (TRP) ou dans un Kardex²⁷ ou dans SYMO en soins infirmiers.

Les PI sont également perçus comme des doublons des PID.

Un PTI c'est plus concret, ça nous apporte de quoi au bout de la ligne. PSI, j'ai l'impression qu'on le fait pour le décor de la parure là. Ça ne sert pas à grand chose. Il n'y a personne qui utilise ça là. (2-i002)

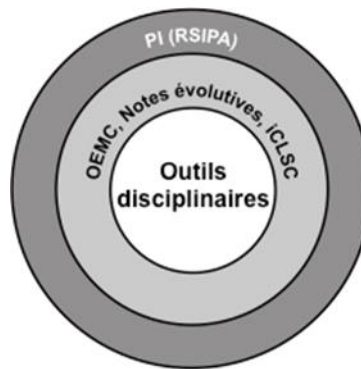


Figure 10. Place de l'OÉMC pour les professionnels de la réadaptation et les infirmières/infirmiers

Les formats des notes évolutives et les systèmes informatiques utilisés viennent contraster ici les sites. Sur le site 1, tous les intervenants, peu importe leur discipline, partagent les mêmes systèmes informatiques (RSIPA, I-CLSC) et ont accès aux notes évolutives électroniques de l'ensemble de leurs collègues. Toutefois, les outils disciplinaires sont le plus souvent complétés en format papier et sont acheminés aux archives pour être conservés dans le dossier papier de l'utilisateur.

Sur le site 2, il existe quelques différences entre les infirmiers/infirmières et les professionnels de la réadaptation. Seuls les infirmiers/infirmières ont une plate-forme

²⁷ Le PTI est inscrit dans le libellé du domaine d'exercice des infirmières. Toutefois, son contenu et sa forme sont variables et il n'est pas toujours consigné au dossier du client. En outre, il ne faudrait pas confondre l'activité professionnelle de planification des soins et traitements et l'outil dans lequel on retrouve cette planification. La planification des soins constitue une activité professionnelle inhérente à l'exercice de la profession d'infirmier/infirmière. Quant à l'outil, le contexte de pratique détermine souvent son utilisation. Ainsi, si l'on se reporte à la deuxième portion du Kardex nommée « plan de soins » et contenant les diagnostics infirmiers et les objectifs de soins ou les résultats escomptés, elle est plus susceptible de disparaître du fait qu'elle est actuellement souvent non remplie et habituellement non consignée au dossier du client. <http://www.oiiq.org/faq/le-plan-de-soins-est-il-appelle-a-disparaitre>

informatique qui leur est propre, le SYMO, qui est utilisé pour faire les collectes de données, écrire les PI, planifier les horaires de travail et définir les trajets routiers quotidiens. Les infirmiers/infirmières utilisent un ordinateur portable et complètent ainsi la plupart des collectes de données directement à l'écran, au domicile des usagers.

Les intervenants de la réadaptation écrivent leurs notes et remplissent leurs outils disciplinaires en format papier, ce qui rend la continuité informationnelle et interprofessionnelle inefficace et compliquée de leur point de vue, notamment parce que les archives sont situées à l'extérieur de l'installation, ce qui engendre des délais et des démarches supplémentaires.

Conclusion à propos de la place de l'OÉMC (2009) dans le coffre à outils des intervenants

La place qu'occupe l'OÉMC varie donc en fonction de la profession, les intervenants sociaux y accordant une place centrale, voire même identitaire, tandis que les autres professionnels en complètent moins et accordent plus d'importance à leurs outils disciplinaires. De manière générale, les intervenants sociaux réfèrent peu à d'autres outils d'intervention en-dehors de ceux qui sont communs à l'ensemble des intervenants (OÉMC, notes évolutives, PI, formulaires de référencement), et même pour ce qui concerne l'évaluation du fonctionnement social, que devraient en principe compléter tous les TS, son importance est relativisée, parce qu'elle n'est pas prioritaire au regard de la gestion du temps disponible, et qu'il n'est *de facto* que très rarement utile pour infléchir une décision organisationnelle de donner ou non des services à un usager. Par ailleurs, le format papier côtoie partout l'électronique, et peu d'intervenants ont exprimé clairement les avantages perçus de l'informatisation.

À la question posée : «Si vous aviez le choix, quel outil ajouteriez-vous à votre coffre?», la grande majorité des participants ne savait quoi répondre. La connaissance des autres outils cliniques disponibles a semblé très limitée pour la plupart, sauf s'il s'agissait d'outils qu'ils utilisent régulièrement dans leur pratique, comme l'échelle de Berg pour les TRP ou les protocoles de traitement des plaies pour les infirmiers/infirmières. Il faut souligner que l'espace mental et le temps disponible pour chercher d'autres outils, se former, lire des articles scientifiques, etc. sont très réduits. Ce n'est donc pas par réticence que les intervenants demeurent centrés sur les outils connus, mais bien en raison de la nécessité impérieuse de focaliser leur temps de travail sur ce qui compte le plus du point de vue de leur employeur.

Maintenant que l'OÉMC a été situé dans le coffre à outils des groupes d'intervenants, nous allons nous y intéresser pour décrire de manière plus détaillée ses usages effectifs et présenter les outils qui contribuent à comprendre les usages de l'OÉMC. Ainsi, nous considérerons pour la suite, le PI, les notes évolutives, les formulaires de référencement et les systèmes informatiques. Nous n'avons toutefois pas analysé les outils disciplinaires en particulier.

A) L'usage effectif, ou ce que « Faire un OÉMC » veut dire²⁸

Toute activité apporte avec elle, sa suite de tâches; l'OÉMC ne fait évidemment pas exception. « Faire un OÉMC » signifie pour les intervenants quelque chose de plus ample que de remplir simplement cet outil. D'abord, en préparation à l'évaluation (ou même de la réévaluation) en présence de l'utilisateur, pour avoir une idée de la situation et des derniers

²⁸ Cette section ne présentera les différences par site et par discipline que lorsqu'elles seront saillantes ou nécessaires à une meilleure compréhension.

événements qui ont pu influencer l'évolution de la situation clinique, l'intervenant consulte les notes évolutives (les siennes et celles des collègues concernés par la situation), les OÉMC ou les SMAF plus anciens, et les imprime au besoin en raison d'un usage difficile, parfois impossible, de l'ordinateur portable au domicile des usagers.

Les collectes de données, qu'il s'agisse d'une primo évaluation ou d'une réévaluation, s'effectuent auprès de l'utilisateur et sont recueillies en format papier et validées sur place avec le proche aidant lorsqu'il est présent ou, dans un deuxième temps, auprès d'autres personnes significatives ou d'autres intervenants. L'évaluation sera ensuite retranscrite dans le RSIPA (dans tous les cas observés). Ce moment de transcription, pouvant légitimement apparaître comme une perte de temps pour les utilisateurs, est dans les faits considéré par les intervenants comme une occasion de faire des liens, d'analyser et de réfléchir à la situation. Le papier et l'informatique s'utilisent parfois en complément, parfois en duplication, selon les conditions d'usage qui seront présentées plus loin.

Suite à ces temps de préparation, de réalisation (collecte de données, visite de l'utilisateur, etc.) et d'écriture de l'évaluation, la synthèse occupe une place particulière, porteuse de sens pour les intervenants.

Sa rédaction prend appui sur l'aide-mémoire, une section informatisée de l'OÉMC qui rappelle les problèmes identifiés ou les observations qui ont fait l'objet d'un commentaire. L'aide-mémoire sert aussi à valider que rien n'a été oublié et que tout a bien été coté (dans le SMAF, par exemple). L'intervenant apportera les précisions ou les modifications au besoin. La synthèse suit une structure de rédaction assez uniforme, selon les sites et les disciplines : le contexte de la demande, les problèmes identifiés, les facteurs de risque, parfois une opinion professionnelle y est formulée, les attentes de

l'usager et de ses proches et, enfin, des orientations cliniques. Cette structure de base rencontre cependant des variations de contenu, d'exhaustivité et de présentation selon les contextes et les intervenants qui en font usage. Ainsi, certains intervenants disent compléter la synthèse comme ils l'entendent, en y ajoutant au besoin une section. Par exemple, pour faire écho à l'observation de facteurs de risque, un paragraphe énumérera des facteurs de protection, entendus ici comme l'identification des capacités de la personne et de son réseau. D'autres trouvent qu'il manque des informations importantes :

Moi je sais que, quand je le fais l'OEMC, j'aime qu'il soit bien fait... avoir le maximum d'information. Généralement, je porte une attention assez particulière à le faire correctement. Puis, à la fin dans la synthèse, où c'est écrit « facteurs de risque », moi, je mets « risques » parce que facteurs de risque je trouve que c'est redondant, on le retrouve beaucoup dans les problèmes décelés. Donc, je vais marquer plus les risques et quelles sont les conséquences qui peuvent en découler et je rajoute l'onglet « ressources », c'est quoi qui est en place actuellement. Les ressources autant internes qu'externes, ça démontre un peu c'est quoi le réseau et je le rajoute dans la synthèse parce qu'en fait, il n'est pas là et je trouve que c'est pertinent à y être. (1-TS009)

La manière de cibler les besoins qui seront retenus dans la synthèse est également effectuée de plusieurs manières, en fonction de styles individuels, mais aussi de la formation aux outils que les répondants ont reçue, ce qui indique qu'il y a ici un peu de variation, selon les formateurs. Le choix des problèmes qui seront retenus dans la synthèse semble aussi un peu aléatoire (malgré l'aide-mémoire) et laissé au bon jugement de l'évaluateur, sans que les règles présidant à ses choix aient été explicitées formellement. Si des regroupements de problèmes sont une manière de faire très fréquente et recevable eu égard aux usages que cela encourt, par exemple considérer les AVQ en bloc sans les détailler, d'autres choix, comme ne pas identifier l'inconstance de la présence de l'aidante, se font quant à eux souvent sans fondements explicites.

La synthèse incite les évaluateurs à prendre en considération certains facteurs de risque, que les concepteurs de l'outil jugent importants. Or, nous avons observé qu'ils n'ont pas été documentés explicitement au fil de l'évaluation. Certains intervenants se rapportent alors à des listes de facteurs de risques préformatés, dont une est tirée du cartable de formation de l'OÉMC, tandis que d'autres y vont de facteurs de risque généraux (peu personnalisés à l'utilisateur) qu'ils identifient dans presque tous les cas, comme le risque d'épuisement des aidants, le risque de détérioration de l'autonomie ou de la santé. Cette stratégie illustre l'application minimaliste d'une consigne, à savoir qu'il faut écrire des facteurs de risque, sans que cela n'engage de comportement ou d'intervention auprès de l'utilisateur.

Moi je ressens le besoin d'avoir des mises à jour, ça c'est clair. Pourquoi ? Parce que des fois on en fait tellement et on s'ancre tellement, ne serait-ce que dans les mêmes phrases, ne serait-ce qu'on va regarder les mêmes choses, on va être plus aiguisé vis-à-vis certains facteurs de risque, puis on va en oublier d'autres. (1-TS001)

Une intervenante documente les facteurs de risque dans la section opinion professionnelle ou dans la section «orientations», même si elle les considère plus ou moins utiles et rarement mobilisés dans les PI, ce qui aurait pu être un usage envisageable.

Donc le problème dont vous m'avez parlé, qui était l'épuisement de l'aidante donc on va, le retrouver? Ou le risque d'épuisement?

Oui, l'aidante principale... Aidante principale qui pourrait éventuellement être à risque d'épuisement. Parlons services-répît.

Donc, c'est dans impressions et orientations?
Oui, on le retrouve là. (2-TS004)

En étant la plus complète possible, la synthèse contribue à compléter d'autres outils, comme la note évolutive, qui reprendra les besoins identifiés et les orientations rédigées dans ladite synthèse. De même, certains outils de référencement y puiseront du contenu.

Le SMAF social qui, bien qu'ayant été formellement intégré à l'OÉMC dans sa version électronique (2009) depuis deux ans, est encore traité comme un outil à part. Plusieurs éléments concourent à ce traitement, mais l'un des plus remarquables tient au fait que le SMAF social ne se retrouve pas dans l'OÉMC que les intervenants impriment en vue d'une réévaluation, si la primo-évaluation est antérieure à son intégration dans le RSIPA. De plus, comme plusieurs intervenants préfèrent et utilisent encore la version papier (formulaire bleu), et que celle-ci ne contient pas le SMAF social, l'outil est quasiment invisible pour eux. Plus fondamentalement, il semble que son utilité perçue soit discutable, du point de vue des intervenants sociaux, pour au moins trois raisons :

1. il duplique des informations qui se retrouvent ailleurs dans l'OÉMC,
2. il est écrit dans un langage hermétique, et
3. jamais son score n'est considéré pour l'accès aux services (contrairement au SMAF, qui surdétermine l'accès). Il est alors perçu comme un outil qui *tire à blanc*, avec peu d'ajouts de connaissances et sans effet dans leur pratique.

Finale­ment on ne fait pas beaucoup d'interven­tions en lien avec le SMAF-social [...] En fait c'est que si ça avait vraiment une valeur pour justifier une demande de services ou si ça pesait dans la balance vraiment, mais ce n'est pas vraiment ça. (1-TS005)

Malheureusement [...] comment ça a été greffé à l'OEMC, ça fait une tâche de plus, c'est une section de plus qui est effectivement escamotée, parce que dans le reste de l'outil ça se répète. (1-TTS003)

Par exemple, nous avons observé des intervenants, par ailleurs bienveillants, entrer des valeurs 0 dans les boîtes de réponse du SMAF social, sans lire la question, sans ajouter

d'information clinique, qu'à la seule fin de pouvoir terminer l'OÉMC, car le SMAF social doit être complété pour que l'OÉMC soit validé.

Il est donc rarement utilisé directement auprès de l'utilisateur à domicile, mais il est néanmoins complété à la hâte au retour du domicile et sans réelle utilité perçue. Il est complété parce que faisant partie de l'OÉMC (2009), il est requis pour que le statut «complété» apparaisse dans le RSIPA, et que le score SMAF soit généré. Or, sans le score SMAF, rien n'est possible pour la suite de l'intervention. Les concepteurs croyaient, en créant cette obligation, constituer une condition favorable à une utilisation accrue, ce qui est sans doute atteint de ce point de vue, mais au prix d'un usage insensé et d'une très forte perception d'inutilité clinique.

L'évaluation se clôture par l'identification du profil Iso-SMAF qui est produit au terme de la validation de l'OÉMC dans le RSIPA, lorsque l'intervenant clique sur le bouton «calculer le profil». Dès que le score est généré, l'intervenant sait à quoi l'utilisateur aura droit comme services.

Le PI sera pour sa part élaboré à la suite des étapes qui viennent d'être décrites. En fonction du temps disponible et des embûches rencontrées (ex. : trouver les ressources dans les bandes déroulantes), il sera plus ou moins complet et plus ou moins le reflet des besoins identifiés dans l'OÉMC et des orientations notées dans la synthèse. Nous y reviendrons dans la section qui s'intéresse particulièrement au PI.

Une grand nombre de formulaires maison, qui diffèrent selon les sites et même les secteurs d'un même site, sont alors complétés pour faire les références *intra-muros* (ex. : pour demander ou reconduire les services par le comité d'allocation de services de soutien à domicile, le CASSAD, ou encore les références à d'autres professionnels dont

l'intervention est requise) et *extra muros* (ex. : les demandes aux organismes communautaires ou aux entreprises d'économie sociale de soutien à domicile-EESSAD). Plusieurs informations contenues dans l'OÉMC sont alors retranscrites, le plus souvent à la main, pour répondre aux exigences tout aussi nombreuses et diversifiées formulées par les partenaires cliniques.

Très peu de ces formulaires sont disponibles en version électronique ou, s'ils le sont, il s'agit de formats inadéquats qui ne permettent pas d'écrire directement dans le formulaire, ou qu'il faut de toute façon imprimer pour y apposer sa signature manuscrite. Selon les types de référencement, et selon les préférences et les procédures établies par les destinataires de ces formulaires, ceux-ci seront envoyés par télécopie, par courriel ou par courrier. Et il arrive très souvent que tous ces moyens doivent être utilisés pour un même dossier, ou qu'un intervenant prenne sur lui d'utiliser une autre procédure, par exemple envoyer un courriel qu'il juge plus rapide et donc plus efficace que le courrier interne par lequel la procédure prévoyait pourtant l'acheminement de la demande.

Potentiellement et en principe, l'informatisation devrait réduire, idéalement remplacer, ce foisonnement de formulaires d'un autre âge, mais ce n'est pas le cas. Les plateformes actuelles ne facilitent même pas le travail de copié-collé, en raison de la diversité des technologies en présence. Cela explique pourquoi les références représentent une tâche cliniquement requise, mais totalement absorbée par la production de documents redondants ayant une forte incidence sur le travail, sa productivité et son efficacité.

Enfin, les intervenants considéreront que l'activité d'évaluation ne sera pas complétée tant que la note évolutive ne sera pas rédigée, que la statistique ne sera pas enregistrée et

même que la charge de cas ne sera pas mise à jour dans le I-CLSC (et dans un dossier personnel).

La note évolutive sera composée avec beaucoup de variation, selon les sites et selon les disciplines, et aussi avec plus ou moins de redondance avec, notamment, la synthèse de l'OÉMC qui sera, dans certains cas tout simplement copiée, en tout ou en partie. La note évolutive est donc l'outil le moins standardisé, bien que transversal à l'ensemble des disciplines, et néanmoins parmi les plus porteur de sens.

La «statistique» (l'inscription de l'intervention dans I-CLSC), qui indiquera entre autres qu'une évaluation ou une réévaluation a été complétée, sera inscrite dans la plateforme de gestion I-CLSC. Cette statistique permet de documenter *a minima* la productivité des intervenants et de monitorer, selon des codes préétablis, le type d'intervention (ex. : évaluation des besoins), le mode d'intervention (ex. : en présence de l'utilisateur), le temps consacré, le lieu, en considérant que « ce qui compte », ce sont avant tout les évaluations à domicile. Le temps inscrit sera celui passé en présence de l'utilisateur et ne reflétera donc d'aucune manière ce que veut dire effectivement « faire un OÉMC » pour les intervenants. L'usage effectif est donc largement invisible à la reddition de compte.

Ce qui me ferait du bien et ce n'est même pas dans mon travail pour aller mieux, c'est la reconnaissance. J'ai peut-être 20 minutes de temps dans ma stat, mais ça fait deux heures que je travaille dans ce dossier-là. (1-R012)

Plusieurs intervenants vont ensuite mettre à jour leur charge de cas, en fait, il faudrait écrire au pluriel, car il y a la charge de cas officielle (inscrite dans I-CLSC) et celle, parallèle, qu'ils ont la plupart du temps créée et où se retrouvent des informations comme la date de réévaluation prévue et le profil Iso-SMAF. Cette pratique parallèle découle du

fait que I-CLSC ne permet pas de consigner cette information, et aussi parce que c'est un des rares outils utiles sur lequel ils peuvent encore avoir un peu de contrôle, dans sa mise en forme à tout le moins, et dans l'usage qu'ils en font.

Les participants ont illustré, à leur manière, comment l'OÉMC leur permettait de faire leur travail, notamment comme outil de connaissance des usagers, donc dans sa valeur clinique.

Je me réfère toujours à l'OEMC quand [...] il y a un patient qui m'appelle là, à 120 patients je ne m'en souviens plus du patient. [...] C'est l'OEMC, quand je vais le relire [...] en partie, même pas tout, puis oui je suis capable de revoir mon patient c'est qui, qu'est-ce qu'il a comme problème [...] J'ai une bonne image de lui. Ça m'aide beaucoup, tandis que juste une note des fois ce n'est pas assez. Il manque d'informations pour savoir vraiment c'est qui [...], y'a-tu, c'est quoi ses problèmes de santé, y'a tu des hospitalisations, je vais regarder y'a tu de l'aide pour les AVQ, y'a tu de l'aide pour les AVD, pis je vais lire la situation psychosociale. (1-i0002)

Moi j'aime bien faire [les OÉMC], j'aime bien connaître mon client. Quand monsieur X m'appelle, j'aime bien savoir à qui je parle là. Et l'OÉMC vous permet ça ? Bien ça nous permet de le rencontrer [...] L'OÉMC, c'est un bel outil, ça nous donne un bon portrait du client, on voit l'évolution et la détérioration de la situation. (2-TTS011)

L'OÉMC est aussi utile parce qu'il leur permet de prendre des décisions et de gérer une partie de leur travail, par exemple pour déterminer l'admissibilité des usagers aux services.

Donc, il est utilisé, c'est un usage pour déterminer si ce sera des soins infirmiers à domicile ou ambulatoire. Ouais. (2-i0002)

Ça aide à orienter, à nous faire aussi une tête, nous faire une opinion. (2-TS004)

Mais son utilité est aussi managériale et cela fait perdre de vue l'importance clinique de l'évaluation.

Ce qu'on ressent beaucoup présentement comme pression, c'est qu'il faut atteindre le 90% sinon on n'aura pas d'argent. (2-i005)

Donc quand on arrive aux demandes ministérielles du 31 mars, y'en a qui voient ça gros, puis c'est vraiment un *rush*. C'est plus une tâche administrative et ils font des OÉMC pour faire des OÉMC sans regarder nécessairement les services ou les problématiques de l'utilisateur. Ça c'est un problème. (2-R001)

L'outil permet de faire d'autre chose... comme de compléter les notes :

Pour rédiger mes notes après, ça me donne un bon coup de main parce que j'ai mes conditions associées, j'ai la médication, le médecin [...] Je pourrais me servir de juste ça pour faire ma note à moi, dans le dossier notes réadapt. (2-R009)

Et il y a aussi une partie de l'outil qui est plus utile, c'est le SMAF et la tentation de l'utiliser à part de l'OÉMC est présente.

C'est sûr que quand il y a des changements significatifs dans la situation, on ne remet pas nécessairement tout l'OÉMC à jour. Des fois, on fait juste le SMAF pour la cote, parce que c'est en fonction de la cote que les services sont attribués [...] et si on le remet pas à jour, que la personne est rendue avec un SMAF plus élevé, ça ne lui donnera peut-être pas le droit à autant de services qu'elle pourrait avoir. Ça, fait que les SMAF on les fait plus régulièrement. (1-TS005)

Mais les participants ont aussi avoué que l'outil les empêche parfois de faire ce qu'ils voudraient faire. Ils ont donc développé des stratégies pour arriver gagner du temps ou pour se préparer à négocier des services ou à référer.

Mais on fait des détours [...] pour ne pas trop poser les questions stables au niveau ... au niveau sexualité. Parce qu'il y a des gens qui nous répondent « non, pas besoin de savoir ça dans vos dossiers ». Y'ont raison. (2-TTS006)

Parce qu'en CLSC c'est sûr que pour ce qui est des ouvertures de régime de protection, on réfère beaucoup au privé aussi là. Parce qu'on n'aurait pas le temps ou sinon ça prendrait du monde juste pour faire ça. (1-TS005)

Leur grille de priorisation au comité d'allocation de services est très rigide.
Ça cote rarement pour nous à l'intensité variable pour avoir des services.
On est toujours P2. C'est rare qu'on est P1. (1-TTS003)

Mais il y a encore des situations sur lesquelles ils sont incapables d'agir en raison d'une gestion « au pied de la lettre » qui est insensée de leur point de vue.

C'est sûr qu'en regardant les profils, on peut voir si la majeure est plus physique ou cognitive, mais je n'ai pas besoin d'un SMAF pour me dire ça. En rencontrant la personne, je peux voir c'est quoi la majeure. Mais c'est vraiment parce que c'est qui ouvre aux services. (1-TS005)

Quand on disait à notre boss, « c'est un gros 9 faut qu'elle s'en aille au centre d'accueil », elle y allait, là. [Aujourd'hui] même si on lui disait que c'est un 9 là, elle va dire « oublie ça, ça s'en va en RI », pis on n'a même pas de place en RI. On est en manque de place partout. On est saturé nous autres, on a des listes d'attentes pour des centres d'accueil pour RI. Des ressources privées, j'en ai une qui en a 90 là. [...], Mais ce sont des services à la carte que les gens doivent payer. J'ai une madame en attente d'un hébergement, pis là, la famille paye quelqu'un en privé, cette madame-là vie en privé, elle paye le gros montant, là la famille paye des services de jour, nous autres on paye des services des nuits pour la maintenir là en attente d'hébergement parce qu'on n'a pas de place en hébergement pour elle. Ça te donne-tu une idée. Elle est plus à sa place, on le sait très bien, mais on n'en a pas de place. (2-TTS011)

Conclusion à propos de l'usage effectif de l'OÉMC

Nous avons vu dans cette section qu'à cette activité clinique d'évaluation instrumentée, produite avec et autour de l'OÉMC, s'ajoutent d'autres activités qui viendront souvent redistribuer et remettre en forme des informations collectées auprès d'un même usager. Toutefois, ces usages sont le plus souvent laissés à l'arbitrage des individus qui, en plus de définir une bonne part des moyens et des contenus de ces activités, devront aussi trouver un sens à toutes ces étapes constitutives d'un processus large qu'ils nomment « faire un OÉMC ». Si globalement, l'utilité de l'outil est reconnue, certains usages, notamment en ce qui concerne la gestion de l'accès aux services sur la

seule base des profils Iso-SMAF, agissent comme des contraintes importantes sur la capacité clinique des intervenants.

B) L'usage prescrit de l'OÉMC (2009)

Tout usager qui reçoit des services du soutien à domicile doit avoir un OÉMC et un PI de complétés à son dossier. Dès 2002, le MSSS a publié une série de documents normatifs et informatifs concernant les objectifs cliniques et les avantages organisationnels de l'OÉMC, son intégration aux systèmes d'information du ministère et des organisations, et la circulation des informations entre les établissements²⁹.

Le Ministère, à travers nos gestionnaires, nous a appris que l'OEMC devenait un outil de travail obligatoire, donc, qui faisait partie de notre pratique. (2-i002)

Pour les intervenants qui doivent évaluer des personnes en perte d'autonomie à l'aide de cet outil, une formation préalable est obligatoire. Cet outil n'est donc pas réservé à une catégorie de professionnels. Ainsi, les intervenants de la réadaptation, qu'ils soient ergothérapeutes, physiothérapeutes, techniciens en réadaptation, ou les intervenants sociaux, ou encore les infirmiers/infirmières (peu importe leur niveau de formation disciplinaire) peuvent recevoir la formation et être ainsi aptes et autorisés à compléter l'outil. D'autres professionnels peuvent aussi être formés, comme les diététistes, les inhalothérapeutes ou les kinésiothérapeutes, etc., mais étant donné leur rareté, ils ne sont pas toujours mobilisés pour cette activité d'évaluation. La formation³⁰ est *de facto* le principal vecteur de la prescription de l'utilisation, encore aujourd'hui. Elle repose en fait sur une structure bien rodée depuis des années. Des formateurs nationaux ont formé

²⁹ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001411/>

³⁰ <https://www.expertise-sante.com/formations/formations-professionnels-de-la-sante/outil-devaluation-multiclientele-formation-provinciale-de-formateurs/>

des formateurs régionaux, qui eux-mêmes ont formé des formateurs locaux, qui accréditent les utilisateurs de l'OÉMC (2009), suivant une formation de deux jours. Les utilisateurs partent avec un cartable volumineux rappelant les prescriptions de contenu et d'utilisation de l'OÉMC (2009). Nos observations ont montré que le cartable est largement utilisé par les intervenants et qu'il prolonge la formation.

J'ai toujours mon guide de référence [cartable] quand même. Même si ça fait 5 ans que j'en fais [des OÉMC], je m'y réfère toujours. Je vais toujours voir. -1 c'est quoi, -2 ? (2-TS004)

De plus, les intervenants peuvent en principe référer au formateur local pour vérifier leur compréhension d'un aspect de l'outil, mais cela rencontre diverses contraintes (ex. : absence ou éloignement du formateur). Néanmoins, les intervenants du site 2 y réfèrent fréquemment. De plus, sur ce site, ceux qui le souhaitent peuvent participer aux formations courtes de mise à jour, qui ont surtout pour fonction d'informer de changements concernant l'outil. Ce modèle de formation semble efficace, mais il ne concerne que l'OÉMC, et non les autres outils, ce qui explique l'importance des écarts à leur propos. D'ailleurs, lors de nos observations, plusieurs nous ont dit : « Dites-moi quelles formations sont offertes et je vous dirai ce qui est important pour le système ».

La prescription ministérielle obligeant l'utilisation de l'OÉMC fait maintenant partie de la reddition de compte des organisations qui se voient attribuer une cible nationale volumétrique (%) d'OÉMC à compléter. Ainsi, la reddition de compte devient *de facto* un autre vecteur important de la prescription. Dans le cadre des rencontres clinico-administratives, s'effectuent d'ailleurs dans cette perspective différents rappels en lien avec les procédures, comme l'importance de faire les réévaluations avant de transférer ou de fermer les dossiers. Un (autre) formulaire doit d'ailleurs être rempli à cet effet sur le

site 1, suite à chaque réévaluation annuelle, qu'il y ait ou non des changements à apporter aux services en place. Quant aux délais pour compléter ces réévaluations, ils semblent concorder avec la fin de l'année financière (ce qui souligne son lien avec la reddition de compte annuelle). C'est donc aux CISSS/CIUSSS que revient l'obligation de veiller à ce que leur personnel soit formé et qu'il utilise en tout temps l'OÉMC, qui est cliniquement l'outil qui permet de connaître l'usager, d'identifier ses besoins, mais aussi de statuer sur le plan organisationnel quant à l'accès aux services et d'objectiver la reddition de compte au MSSS.

Bien que les formations soient efficaces pour prescrire l'utilité (pourquoi utiliser cet outil?) et la bonne utilisation (comment compléter adéquatement l'outil?), elles sont beaucoup moins performantes à orienter l'usage (que faire avec l'outil complété?). En effet, ces usages sont dans les faits faiblement formalisés. Ainsi, plusieurs intervenants, à qui on a demandé comment un nouveau professionnel dans leur service ou programme est informé de ce qu'il doit faire une fois l'outil complété, nous ont répondu que cette transmission se fait essentiellement par ajustement mutuel, de proche en proche, entre pairs.

Une gestionnaire de proximité a mentionné que son organisation s'inscrivait dans « une culture de l'oralité » (1-G001) pour expliquer que l'usage des outils cliniques était peu formalisé à l'écrit.

Une intervenante a aussi fait valoir qu'il y a une bonne part de ce qu'elle sait maintenant qui relève d'un apprentissage sur le tas, parlant du CASSAD : « On m'a dit une fois que ça prenait x, maintenant je le sais et je préviens les obstacles » (1-TTS003).

Il nous a été difficile d'obtenir des guides de pratiques ou des cadres de références, car ces documents ne semblaient pas occuper une grande place dans la prescription du travail. Toutefois, pour le site 2, bien que le cadre de référence soit en révision, il nous a été acheminé. Il a été facile, en le consultant, de comprendre les attentes de l'organisation, elles-mêmes en phase avec celles du MSSS, par rapport à l'utilité, à l'utilisation et aux usages attendus de l'OÉMC. Par exemple, un tableau montre dans quelles circonstances un OÉMC complet doit être fait, et dans quelles autres seul le SMAF suffit (ex. : les personnes hébergées en soins de longue durée). De façon globale, les balises de l'accès aux services des établissements, comme les soins d'hygiène ou la gestion de cas, sont clairement conditionnées par le score Iso-SMAF qui est produit à la suite de l'évaluation. Ce *Cadre de référence des services de soutien à domicile et guide opérationnel (2015)* a été rédigé par la direction Soutien à l'autonomie de la personne âgée. Nous avons observé que ce document occupait la place d'un réel outil de référence, consulté fréquemment. Il vaut la peine de s'y attarder un peu. Entre autres, on y retrouve décrits les critères d'accès aux services, qui sont souvent en lien avec l'OÉMC ou, plus concrètement, avec les profils d'autonomie Iso-SMAF. Voyons en rafales les occurrences qui y sont faites des profils Iso-SMAF pour marquer la contribution des organisations, non pas tant à l'utilité ou à l'utilisation, qu'aux usages concrets des outils.

- D'abord, l'une des conditions qui déterminent l'offre de services de soutien à domicile est exprimée en termes de besoin de soutien, attesté par une évaluation, avec une mention du seuil d'admissibilité fixé à un profil Iso-SMAF 4, sans quoi, la personne sera redirigée vers des partenaires qui seront précisés selon des orientations (à venir) du MSSS.

- Pour le service de répit aux proches aidants, le lieu est déterminé en fonction du profil Iso-SMAF qui permet de définir la ressource qui offre les services qui correspondent aux besoins qui ont été identifiés par un professionnel.

- Pour les critères d'admissibilité aux soins d'hygiène personnelle par les auxiliaires des services de santé et sociaux ou par les préposés aux bénéficiaires, les profils Iso-SMAF servent d'appui pour déterminer l'intensité des soins. Ainsi, la base de l'admissibilité aux soins d'hygiène personnelle est d'avoir un profil 4 et plus. La fréquence des soins va d'une fois/semaine à trois fois/semaine, selon des conditions associées qui réfèrent elles aussi aux scores du SMAF. Par exemple, pour recevoir de l'aide trois fois/semaine, la personne doit présenter des problèmes cotés ainsi : -1 à l'hygiène; -2 à la fonction intestinale; -3 à la fonction urinaire; présence de plaies ou de problèmes de peau. Mais il est aussi précisé que « Toute autre situation que le comité jugera nécessaire » sera examinée.

- La Grille d'attribution du soutien aux proches aidants croise la situation de l'aidant, à savoir s'il peut ou non compter sur une autre ressource de répit (membre de la famille, amis, etc.) et le profil Iso-SMAF pour déterminer le montant de l'allocation pouvant être offert.

On peut observer que certains barèmes font partie de la marge de manœuvre organisationnelle, tandis que d'autres ont été édictés par le MSSS.

Une section est aussi consacrée aux éléments qui facilitent le cheminement clinique et l'harmonisation des pratiques. Elle comprend différents dispositifs comme le CASSAD, la gestion de cas, le mécanisme de transition entre l'hôpital et le domicile, la saisie des statistiques et la reddition de compte, mais elle fait aussi un rappel de l'importance

(l'utilité) des outils cliniques comme l'OÉMC et les PI. L'OÉMC ouvre la section en situant l'évaluation en tant qu'étape incontournable qui permet d'établir le profil des besoins de la personne en vue de planifier une réponse adéquate. Une précision est apportée concernant l'importance de la qualité des données contenue (l'utilisation) dans l'outil puisqu'il conditionne fondamentalement l'ensemble du cheminement clinique. La fréquence attendue de sa mise à jour est mentionnée, c'est-à-dire au moins une fois par année, et davantage si la situation l'exige (sans préciser). Enfin, un rappel est formulé concernant l'inclusion de l'OÉMC dans la solution informatique RSIPA, qui fait aussi l'objet de lignes directrices de son utilisation. En annexe, un tableau précise ces lignes directrices concernant les conditions de l'utilisation de l'évaluation globale (OÉMC) ou du SMAF seul. Un paragraphe souligne l'arrivée prochaine (au plus tard en septembre 2015) du SMAF social, qui sera intégré à l'OÉMC (2009). Un rappel de son utilité est fait en termes de bonification de la mesure du fonctionnement social. Un usage attendu (qui s'appuie sur une référence à la formation nationale) est formulé à l'intention des PI qui pourront être améliorés du fait que cet outil intègre davantage l'aspect social de la personne. Les PI sont présentés comme faisant suite à l'OÉMC dans la séquence des outils. Ils devraient permettre d'avoir une vue d'ensemble : des besoins de la personne, des objectifs associés aux interventions, des moyens choisis pour y répondre, l'intensité des services, leur durée prévisible et les fournisseurs, donc de savoir... Une mention est faite à l'effet que chaque plan devrait être personnalisé et mis en œuvre par les intervenants concernés. Enfin, sa révision suit la même prescription que pour l'OÉMC, c'est-à-dire au moins une fois par année.

Les distinctions usuelles entre les PID, les PII et les PSI sont rappelées, ainsi qu'une mention concernant le module de planification du RSIPA (ici appelé PSIAS, pour allocation de ressources) qui devrait faciliter la rédaction des PI, fournir un regard rapide sur les services offerts à chaque client, faciliter la communication et la collaboration entre les acteurs du réseau de la santé.

C) Les écarts entre les usages prescrits et effectifs concernant l'OÉMC (2009)

L'OÉMC a une utilité reconnue et partagée par l'ensemble des intervenants, en dépit de quelques « reproches » parfois contradictoires qui lui sont faits : par exemple, l'outil est trop long à compléter, mais il y manque des informations importantes selon les disciplines. Sa valeur reconnue tient beaucoup aux usages concrets qui y sont associés, notamment pour l'accès aux services qui est déterminé par le profil Iso-SMAF produit à la suite de l'OÉMC. Il y a donc une certaine convergence entre les usages prescrits et effectifs, au moins quant aux principaux services offerts par l'établissement. On le verra, l'OÉMC se démarque des autres outils par son insertion significative dans le registre pragmatique du travail, en ce sens qu'il est jugé utile pour agir, même si, du point de vue de ses utilisateurs, cette capacité à faire est fortement soumise à l'objectivation de la situation produite par le profil Iso-SMAF. En fait, les intervenants accordent une valence positive à la production du score, mais ils regrettent que les données qualitatives de l'OÉMC (hors du SMAF) ou les considérations appréciatives (liées au jugement clinique) de la situation d'un usager ne soient pas suffisamment prises en compte dans la réponse aux besoins de l'utilisateur. Même les scores du SMAF social ne trouvent aucune résonance dans la manière dont sont pensés et actés les critères d'accès aux services. Voilà un écart important qui existe entre la vision managériale prescrivant les outils et la vision clinique

incarnée dans l'usage effectif. Cela constitue peut-être même un écart entre ce qui est annoncé dans les formations et ce que les organisations décident de qualifier ou non comme déterminants l'accès aux services.

Nous allons utiliser l'écart que nous venons d'identifier pour décrire ici plus spécifiquement le rapport qu'entretiennent les intervenants avec les SMAF social et les usages possibles qu'ils entrevoient à son propos. Comme nous l'avons mentionné, l'utilité du SMAF social est fortement remise en question, et ne fut pas présentée rigoureusement lors des formations, selon ce dont les intervenants se rappellent. Bien que son développement ait suivi la même logique que celle du SMAF, avec la même procédure de cotation de chacun de ses six items, il apparaît aux yeux des intervenants comme un autre type d'outil, soit comme une forme d'outil synthèse des dimensions psychosociales de ce qui a été collecté dans l'ensemble de l'OÉMC (2009). Il est en principe utile pour déployer un raisonnement clinique de cet ordre, mais il est en pratique sans effet dans le réel puisqu'il n'influence pas les décisions cliniques (en tous cas pas davantage qu'avant qu'il soit connu et diffusé), ni surtout l'accès aux services. Le langage qu'il emploie le rend difficile d'utilisation, car il s'agit d'un langage professionnel, d'un « charabia professionnel », comme dira une participante (1-TTS004). Il nécessite une traduction aux usagers des questions dans un langage concret, compréhensible pour eux, mais aussi pour des professionnels hors du domaine social. Prenons par exemple la question 5 qui s'intéresse à la capacité de la personne à accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation. Que faut-il faire ou dire, et comment le dire, selon l'auditoire?

Du point de vue des intervenants, le SMAF social « ne sert à rien ». Cette représentation engendre différents problèmes en lien avec son utilisation. Ainsi, la saisie des données et la cotation sont faites à la hâte et avec une certaine désinvolture. Les résultats sont en conséquence non fiables, la plupart du temps. Le fait que tout cela ne compte pas dans le calcul du profil Iso-SMAF, ni même en tant que deuxième niveau de justification pour convaincre le CASSAD d'accéder à une demande prouve aux utilisateurs qu'il n'a aucune valeur clinique. Ce faisant, il y a ici une occasion pour sauver du temps, surtout dans un contexte de forte pression à la productivité. En principe, les intervenants sociaux pourraient s'en servir pour faire une intervention psychosociale, mais tant nos entrevues que nos observations, et ce, pour les deux sites, montrent que cela ne se fait pas, faute de temps, et en raison du fait que les intervenants décodent que cela n'est pas une priorité organisationnelle, encore moins ministérielle. On leur demande de *faire des OÉMC*, ils *font donc des OÉMC* et incidemment des SMAF social pour la forme. Le rapport à cet outil est de ce fait strictement normatif puisque les intervenants répondent à la commande qui leur est faite, uniquement par obligation. Aucune valeur n'est perçue à son propos, que ce soit pour l'intervenant qui évalue, pour ses collègues ou pour l'usager. Ainsi, le SMAF social est un bon exemple d'une prescription insensée pour les intervenants, en fait le plus insensé de tous les outils obligatoires³¹. Une intervenante ajoute même à l'insensé, en soulignant une consigne contradictoire: « On nous a appris à ne pas redire les informations dans l'OÉMC, mais là [avec le SMAF social], ce n'est que ça » (1-TTS003). L'usage qui est fait du SMAF social nous

³¹ Nous avons ici un bel exemple qui renvoie à des enjeux de conception et de développement des outils. Le SMAF social a été conçu en parallèle du SMAF et des autres parties de l'OÉMC, par une équipe distincte, sans suffisamment d'égards aux questions relatives à ce que provoque son insertion dans la suite d'outils RSIPA et à son usage.

renseigne aussi sur l'autre SMAF qui, lui, « vaut la peine » d'être complété, parce qu'il sert à quelque chose, qu'il produit un profil d'autonomie et qu'il détermine l'accès aux services, ce que ne fait pas le SMAF social.

D'autres écarts d'usage se forment non pas entre le prescrit et l'effectif, mais entre les utilisateurs, selon leur origine disciplinaire. Bien que l'OÉMC fasse partie du coffre à outils de chaque intervenant du soutien à domicile, la fréquence et l'intensité de son utilisation se distinguent selon qu'il s'agisse du groupe des intervenants sociaux ou des groupes des infirmiers/infirmières ou des professionnels de la réadaptation. La composition plus réduite du coffre à outils des intervenants sociaux (peu d'outils autres que ceux prescrits) explique peut-être aussi l'importance qu'ils accordent à l'OÉMC. Dès qu'un intervenant social est au dossier, c'est à lui que sera dévolue la réalisation de l'OÉMC. De plus, l'accès aux services professionnels disciplinaires n'est pas conditionné par la réalisation de l'OÉMC, ce qui valorise à l'interne des organisations l'usage des outils disciplinaires.

Il y a donc un écart entre le prescrit et l'effectif selon que l'analyse porte sur le point de vue organisationnel, où est reconnu l'utilité de l'OÉMC pour déterminer l'accès à un service, ou disciplinaire, où l'OÉMC n'est pas indispensable, la plupart du temps accessoire. Durant l'observation, une discussion informelle avec une infirmière travaillant dans un point de service a illustré la vision de plusieurs professionnels hors du domaine disciplinaire du social par rapport à l'OÉMC : elle ne voit pas l'utilité « pratique » de l'outil : « Comme infirmière, je suis très pratique », sous-entendant que l'OÉMC n'est pas pratique, pas concret, ne l'aide pas dans son travail quotidien d'infirmière. Par contre, elle convient que pour l'hébergement, c'est pertinent, car c'est ce qui détermine le

type de ressource où sera orientée la personne. Elle déclare aussi qu'elle sait qu'elle ne fait pas correctement les OÉMC et les PI, quand elle regarde ceux des TS. Et pour le PI, elle dit qu'elle met seulement un objectif. La même distinction vaut pour le PI qui, pour elle, ne concerne pas que la plate-forme du RSIPA qu'elle doit utiliser. Elle donne l'exemple du PTI, qui est fort peu utile lorsqu'il est fait par le centre hospitalier. Dans ce cas, elle dit devoir le compléter de nouveau quand les personnes sont rendues à domicile parce que la réalité est très différente. Donc, malgré la présence du PI, malgré son caractère partageable, il semble déficient et même inutilisable. Ce constat ne s'explique pas par la différence disciplinaire (ce sont deux infirmières), mais par les différentes installations, et donc par les contextes. Et ce qu'elle ajoute est peut-être la clé pour comprendre ce qui se passe de plus fondamental dans l'usage : « On ne sait pas pourquoi on fait ça, sauf pour répondre à ce qu'on nous demande ». Dans cet exemple, le registre épistémique (le savoir que mobilise l'outil) est absent, ou à tout le moins n'est pas articulé au registre pragmatique disciplinaire, car il s'agit bien pour elle de repérer ce qui ordonne l'action en vue d'un résultat pratique (une finalité de l'activité). Or, l'utilité perçue et les connaissances des constituantes d'un outil font partie des éléments qui permettent non seulement d'interpréter une situation clinique, mais de la transformer. Pour adapter très librement la fameuse thèse philosophique de Feuerbach parlant des philosophes qui jusqu'ici n'ont fait qu'interpréter le monde, et pour qui l'heure est maintenant venue de le transformer, voici que les attentes à l'égard des outils sont comparables. Dans ce cas, la connaissance et l'action ne s'excluent pas et ne sont pas subordonnées l'une à l'autre, mais nécessaires l'une et l'autre. Pourtant, cette infirmière ne voit pas le potentiel d'unification des registres que propose l'OÉMC, ce qui est moins

le cas pour ses collègues intervenants sociaux. Cela peut s'expliquer de deux façons. D'abord, les intervenants sociaux ne possèdent pas, comme leurs collègues du domaine de la santé, d'un coffre d'outils cliniques bien garnis; l'OÉMC leur en fournit un. Plus fondamentalement, et ce, pour tous les groupes disciplinaires, la formation, la conception de ces outils, ainsi que leur usage par les gestionnaires à leurs propres fins managériales n'a pas rendu possible une représentation de ces outils comme liant le clinique et l'administratif, comme ils devraient pourtant le faire (Couturier, Bonin et Belzile, 2016)

Par ailleurs, malgré son caractère affirmé d'outil multicientèle et interdisciplinaire, il semble dans les faits que l'OÉMC ait un usage effectif peu déployé au-delà d'une double frontière, celle disciplinaire du domaine de l'intervention sociale, et celles des services du soutien à domicile. L'intention politique d'en faire un outil multicientèle semble s'être faiblement réalisée. L'outil est dans les faits associé au programme de soutien à domicile et à ses principaux partenaires publics, qui rejoignent certes une certaine diversité de clientèles (ex. : déficience intellectuelle), mais il traverse peu ces frontières tant du point de vue de son utilité, de son utilisation que de ses usages concrets (par exemple, en santé mentale).

Néanmoins, sa dimension interdisciplinaire trouve une certaine présence dans nos données. L'expression entendue à plusieurs reprises « Mon travail, c'est de faire des OÉMC » présente une double assimilation possible de l'OÉMC, soit à la nature du travail, soit aux utilisateurs eux-mêmes. Les intervenants dont le travail est de faire des OÉMC l'ont assimilé non en raison de leur discipline, mais bien parce que c'est l'outil qui définit leur travail d'évaluateur. Pour sa part, l'identification forte à l'OÉMC sous un mode disciplinaire s'est surtout rencontrée chez les intervenants sociaux. Les autres

intervenants qui utilisent l'OÉMC le considérant moins indispensable dans leur travail. Par exemple, un TRP trouve que les données relatives à l'évaluation de la mobilité ou de l'équilibre ne sont pas assez détaillées sur les causes, les circonstances, etc., et lui sont, de ce fait, plus ou moins utiles. Toutefois, parce que l'outil lui est bien connu, ce sont les autres sections qui lui sont plus utiles pour ses propres interventions disciplinaires. Connaître le poids de la personne peut déterminer le choix d'une aide appropriée à la mobilité ou les informations concernant la situation psychosociale peuvent être des compléments d'information à sa collecte strictement disciplinaire. Cette tension entre les besoins disciplinaires, et donc les outils disciplinaires, et les besoins interdisciplinaires ne semble pas entièrement résolue, plusieurs des répondants exprimant une grande ambivalence, voire une certaine incohérence, à ce propos.

Une manière de situer la satisfaction des intervenants par rapport à l'OÉMC a été de leur demander quel sort ils réserveraient à l'OÉMC, s'ils avaient le choix. Les réponses des participants ont été plutôt favorables à conserver cet outil, mais sans délaisser leurs outils disciplinaires. On voit bien ici la difficulté de concevoir une pertinence supra disciplinaire pour un outil clinique comme l'OÉMC. Cela est peut-être cohérent avec le fait qu'il y a peu de réel travail interdisciplinaire, outre pour les cas très complexes. Il semble aussi y avoir peu de connaissance partagée de ce dont les autres collègues ont besoin pour bien faire leur travail. Par exemple, les besoins du TRP pour mieux contextualiser les histoires de chutes ne sont pas partagés, même s'il pourrait être rencontré sans trop d'efforts par les autres professionnels, et ainsi lui permettre d'avoir les informations pertinentes à partir de l'OÉMC pour orienter ses interventions. Cette manière disciplinaire d'aborder l'OÉMC rappelle la nécessité de réaffirmer aux

intervenants que l'OÉMC ne remplacera pas les outils disciplinaires, et aux concepteurs que l'articulation entre ces différents outils demeure une condition essentielle d'un usage disciplinairement et interdisciplinairement sensé pour les différents intervenants concernés.

À cet écart d'usage disciplinaire s'ajoute celui de consignes insensées du point de vue des intervenants. Par exemple, une procédure concerne les suites à donner lors de réévaluations. Sur le site 1, comme nous l'avons déjà mentionné, les intervenants doivent faire une demande de reconduction de services au moyen d'un formulaire prévu à cet effet chaque année, et ce, même si les services en place ne sont en rien modifiés. Une intervenante voit dans cette procédure un problème important dans le fait que le caractère chronique d'une situation devrait être imbriqué à l'outil et engager des comportements organisationnels qui lui sont adaptés :

Je connais mon usager, il faut refaire un OÉMC pour faire une demande de reconduction des services, mais ce sont des usagers qui ont une condition chronique, ils ne relèveront pas leur score d'autonomie. » (1-TTS003).

Un autre exemple d'incohérences des procédures est fourni par les lignes directrices concernant l'utilisation de l'évaluation. D'un côté, il est dit aux intervenants qu'ils ne peuvent pas faire d'OÉMC lorsque les situations sont en phase aiguë (prescription conceptuelle forte), mais de l'autre côté, l'organisation exige un OÉMC pour l'octroi des services au moment ou au tour d'une crise (ex. : aide à domicile suite à une fracture de la hanche). Cela montre deux limites de l'outil : d'une part, les organisations peuvent perdre les fondements conceptuels de l'outil de vue, par exemple en minimisant que l'outil a été conçu pour évaluer des situations stabilisées et, d'autre part, sur un plan strictement

clinique, nombre de situations sont par nature instables et requièrent pourtant une évaluation, ce que l'outil a conceptuellement minimisé.

Par ailleurs, les usages managériaux attendus de l'OÉMC voyaient une combinaison gagnante dans le fait d'appuyer les décisions managériales sur des données cliniques. Or, dans les faits, l'usage managérial impulsé par le ministère par la reddition de compte a affaibli le sens clinique de l'évaluation et, par conséquent, de l'outil lui-même. Faisons ici un rappel d'un événement encore aujourd'hui vif à la mémoire chez les répondants, événement marquant le dédoublement de l'usage de l'OÉMC. En 2012, le MSSS a obligé les établissements à faire une opération intensive et de courte durée, un blitz de réalisation d'OÉMC, visant une cible ambitieuse. Ce blitz avait également pour but de faire en sorte que, dorénavant, tous les usagers recevant des services de soutien à domicile aient une évaluation de leurs besoins et, donc une mise à jour complète des OÉMC annuellement. Cette commande ministérielle a permis d'obtenir, pour la première fois au Québec, un portrait des profils des besoins de la clientèle sur le plan populationnel. Si cette cible est sans conteste légitime, elle a fortement marqué les esprits des professionnels et des gestionnaires. Ces souvenirs douloureux se sont aussi accompagnés d'effets positifs, comme une appropriation plus grande de l'OÉMC en raison du nombre d'outils complétés, le développement d'habiletés à conjuguer les outils disciplinaires et l'OÉMC (notamment en identifiant les transversalités dans le contenu de la collecte de donnée en soins infirmiers et l'OÉMC), la mise au point de stratégies pour réussir à remplir les OÉMC au travers des obligations quotidiennes, etc. Ce blitz a donc permis de passer d'une activité sporadique, déconnectée des outils disciplinaires, à une autre manière de présenter l'évaluation clinique et de compléter des données qui sont souvent

par ailleurs documentées autrement, avec des outils disciplinaires. Ce succès du blitz a cependant produit un effet paradoxal : il a permis à chacun d'intérioriser la culture d'évaluation produite avec l'OÉMC et a été le vecteur de la perte de sens clinique, au profit d'un usage organisationnel davantage managérial de l'outil. Et sur un plan individuel, plusieurs intervenants ont expérimenté le fait de (mal) faire des évaluations qu'aux seuls fins managériales, ce qui laisse en eux une représentation négative durable, même si la quasi-totalité des répondants reconnaît la nécessité de l'évaluation standardisée. C'est donc moins l'OÉMC qui est en cause, que certains de ses usages excessifs.

Avec l'utilisation des outils cliniques comme indicateurs de la performance organisationnelle, leur utilité et leur sens clinique sont maintenant subordonnés à leur utilisation managériale. En fait, la proposition initiale des concepteurs, pour qui l'organisation des services devait reposer sur une bonne identification des besoins des usagers, est *de facto* renversée puisque ce qui importe davantage maintenant est l'atteinte du nombre d'OÉMC complété, sans réel égard à son contenu ni à ses effets. Contrairement à ce à quoi on pourrait s'attendre en termes d'opposition face à une telle dérive, il semble que les intervenants aient plutôt intériorisé le discours (ou les besoins) du système en reconnaissant l'importance de fournir les données cliniques qui seront traduites en niveau de performance de leur organisation, ce qui déterminera à son tour le financement de leur établissement.

C'est une question d'argent. Puis ce qu'on ressent beaucoup présentement comme pression, c'est qu'il faut atteindre le 90% sinon, on n'aura pas d'argent.
(1-i005)

Conclusion sur les écarts entre le prescrit et l'effectif pour l'OÉMC

Si peu de remises en question de l'utilité de l'OÉMC ont été exprimées, des écarts sont néanmoins observables entre l'utilité et les utilisations, entre les usages managériaux et les usages cliniques et entre les groupes d'utilisateurs. Ainsi, « Faire un OÉMC » du point de vue managérial qui se réfère à I-CLSC, et « Faire un OÉMC » du point de vue de la pratique clinique d'évaluation est fort différent. Cette même expression renvoie à deux sens, *de facto* reliés entre eux par la médiation de l'outil.

*

Nous allons maintenant traiter d'autres outils au cœur du travail des intervenants à domicile. Ces outils sont compagnons de l'OÉMC (2009) et participent donc à notre observatoire, comme nous l'avons présenté dans la section descriptive du coffre à outils des intervenants. Nous débuterons par le PI, dont nous décrirons les usages et les écarts. Suivront la note évolutive, les formulaires de référence et, enfin, le RSIPA.

3.2.2 Le plan d'intervention

S'il est un usage attendu de l'OÉMC, c'est bien la planification des services qui devraient suivre l'identification des besoins pas ou mal comblés. Or, l'activité de planification est apparue comme une activité ambiguë, car les intervenants passent beaucoup de temps et d'efforts à planifier leur travail, mais fort peu à planifier les activités cliniques, du moins en utilisant l'outil qu'est le PI. Ce constat pose la question de savoir ce qui rend cette activité, pourtant obligatoire depuis des décennies, à la limite de l'impossible. Est-ce l'activité de planification comme telle qui est insensée? Est-ce plutôt l'outil pour la

réaliser qui ne convient pas? Est-ce le refus de rendre visible son intervention à autrui, dont à l'utilisateur? Ou encore, est-ce le domaine d'application (l'objet qu'est la perte d'autonomie fonctionnelle) qui explique cette variation importante entre la planification de l'agenda de travail et la planification clinique, au sens des PI?

Avant de poursuivre dans la description des usages du PI, il semble pertinent de préciser que nous n'entrerons pas dans les distinctions fines des types de plans d'intervention telles que les a précisées le Groupe de travail sur la planification des services en 2005 (Bonin & Lebel, 2005). Nous allons tout de même faire ici un rappel général qui correspond aux trois formats de PI que l'on retrouve dans le module de planification du RSIPA : le PID, le PII et le PSI. Les intervenants doivent identifier dans le RSIPA lequel des plans ils complètent. Ce qui distingue ces trois formes de plan est globalement connu des intervenants, à savoir que le PID se complète d'un point de vue et pour une discipline, le PII lorsqu'il y a plusieurs disciplines de concernées, mais à l'intérieur d'un même service ou d'une même organisation, et le PSI lorsque des intervenants de différentes organisations ou secteurs sont mobilisés autour d'une même situation.

A) L'usage effectif du PI

Le PI doit en principe naturellement découler de l'évaluation. En pratique, il trouve cependant difficilement sa pertinence clinique aux yeux des intervenants, surtout pour les versions PII et PSI, soit celles qui sont les moins disciplinarisées. Notre observation nous a permis de constater l'importante variation dans ce qu'il est convenu de consigner ou pas (ex. : seulement les besoins qui peuvent être répondus au regard de l'offre de service

officielle plutôt que l'ensemble des besoins identifiés), la faible utilité perçue, le grand écart entre ce que les intervenants savent de l'importance du PI et leur représentation clinique de sa pertinence. De plus, la construction même du module PI dans sa version électronique est un vrai casse-tête opérationnel. Par exemple, du point de vue des participants, il est très difficile de le personnaliser à la situation de l'utilisateur.

Les deux dernières parties de l'entrevue, à savoir le récit d'un cas inspiré de l'entretien d'explicitation et l'autoconfrontation simple effectuée en observant ce qui, de ce récit oral, avait été consigné dans le RSIPA, ont permis de constater le peu de liens entre l'OÉMC (2009) et le PI, notamment en raison du tri des besoins et problèmes qui se fait lors de la rédaction du PI. Cognitivement, les intervenants font une importante réduction de l'OÉMC, par nature ample, pour ramener dans le PI ce qui, au mieux, peut être répondu par l'offre de services, au pire (et ce n'est pas rare), ce qui permet d'identifier des besoins ou des interventions générales qui leur permettent d'inscrire dans leurs statistiques que le PI est fait, même s'il est cliniquement insensé. Cela révèle le peu de pertinence clinique de l'outil aux yeux des intervenants, mais aussi les dysfonctionnements de l'outil. Par exemple, lorsqu'un intervenant ne trouve pas dans les menus déroulants le bon item, il est tenté au bout de 30 minutes d'y inscrire n'importe quoi : « J'aurais pu en mettre plus. Je me suis tanné. » (2-TTS012).

Nous n'avons d'ailleurs pas pu bien comprendre comment s'effectue le choix des besoins qui sont retenus dans les PI. Certains ont dit que n'étaient pas consignés les besoins qui ne pouvaient être répondus par l'offre de services de leur établissement, comme la surveillance de la médication. Dans cette perspective, ce qui se retrouve dans un PI se réduit à l'offre de services officielle du SAD, ce qui signifie que c'est la capacité

à faire de l'organisation (logique *service-driven*) qui est déterminante de tout, et non l'évaluation (logique *needs-oriented*). D'autres ont dit qu'ils se contentaient d'inscrire des besoins généraux, pour lesquels les moyens et les ressources étaient faciles à trouver dans les bandes déroulantes. Ici, ce sont en quelque sorte les limites de l'outil qui déterminent l'usage. D'autres encore ont insisté sur la formulation de besoins qui justifient leur présence au dossier (ex. : besoin de coordination des services pour justifier la présence d'un gestionnaire de cas). Pour eux, le PI permet de rendre compte de la pertinence de l'action disciplinaire (ou fonctionnelle) et justifie par extension la charge de cas, ou permet une forme de raccord entre la reddition de compte et le travail de l'intervenant. Enfin, d'autres ont mentionné que la directive de leur organisation était à l'effet de nommer tous les besoins, et que la responsabilité de trouver des réponses particulières appartenait à l'organisation, leur rôle étant de porter à l'attention de leurs gestionnaires l'ensemble des besoins (ce discours a surtout été présent sur le site 2), ce qui pose plus concrètement la responsabilité organisationnelle et l'importance accordée au processus d'évaluation. Cette dernière conception est plus proche de la conception initiale de l'outil.

Force est donc de constater qu'il y a plusieurs représentations de la tâche attendue quant à la transcription des besoins identifiés par l'OÉMC (2009) dans un PI. En fait, dans l'ensemble, il y a eu peu de référence explicite aux besoins des usagers, le discours tournant davantage autour de ce qui semble être la principale préoccupation des intervenants, soit les services qu'ils peuvent offrir, quitte à les lier *a posteriori* aux besoins, ce qui produit un renversement du rapport entre les deux outils. Cette phrase résume ces difficultés : « Quoi indiquer quand tout est compensé ou qu'on n'a rien à

proposer? » (1-TS005). Dans ce cas-ci, le PI sera fait pour la forme, sans qu'aucune intervention n'en découle, sauf celle justifiant l'intervention du rédacteur du plan. Par exemple, un secteur du site 1 impose la prise en charge de certaines catégories d'usagers, qu'ils aient un besoin requérant une intervention interdisciplinaire ou pas³². La pratique semble favoriser l'addition de PID, ce qui est en deçà du potentiel qu'offrent les PI. Force est donc de constater que la capacité à intervenir se conçoit principalement encore aujourd'hui en termes disciplinaires. Par exemple, si le rédacteur du PI est un TS, il va retenir les problèmes auxquels il peut répondre, c'est-à-dire pour lesquels des services existent et sont disponibles, comme du répit par les EESSAD ou des demandes de soutien financier. Cette manière de concevoir le PI disciplinairement a souvent été évoquée. Elle révèle qu'actuellement, aucun PI ne soutient véritablement ni la coordination des services ni la collaboration interprofessionnelle.

Alors, «Où se trouve le vrai PI ? », avons-nous demandé. Les réponses varient un peu, mais elles convergent sur le fait que les PI ne reflètent pas vraiment l'ensemble des moyens qui sont mis en place pour répondre aux besoins de l'utilisateur. Pour savoir ce que l'utilisateur reçoit comme services, il faudra consulter tous les PI, mais peut-être aussi les orientations cliniques inscrites à la synthèse de l'OÉMC (2009) et les notes évolutives, ces dernières étant les dépositaires véritables des mises à jour. Certains ont ajouté qu'il vaudrait mieux consulter aussi les formulaires de références qui ont été faites. On le voit, le PI n'a pas l'effet unificateur attendu.

Ces entraves, notamment pour tout ce qui concerne les mises à jour des plans, expliquent l'importance accordée en pratique aux notes évolutives. Ces dernières

³² C'est ainsi que tous les usagers souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) du secteur doivent avoir un intervenant social, qu'ils en aient de besoin ou non.

constituent en quelque sorte une stratégie pour compenser ce que l'outil de planification ne réussit pas à faire, même dans sa version électronique.

Certains intervenants ont déploré ne pas avoir reçu de formation spécifique concernant les PI, encore moins de formation de mise à jour dispensée par leur organisation, et ce, tant pour son utilité que son utilisation. La dernière formation où il a été question des PI est celle qui a accompagné l'implantation du module de planification dans le RSIPA qui aurait, du point de vue des utilisateurs, mis l'accent surtout sur les techniques informatiques. L'arbre de l'informatique cache donc la forêt de l'activité. Deux intervenants (un sur chacun des sites) nous ont parlé d'un guide très aidant qu'ils avaient eux-mêmes trouvé sur un site web, mais qu'ils n'avaient pas encore eu le temps de bien étudier. Il s'agit d'un guide d'élaboration des plans d'interventions produit par un CSSS en 2009.

Alors que les formations de mise à jour de l'OÉMC existent et sont appréciées, les PI ne reçoivent que peu d'attention en termes de formation. Les intervenants considèrent pourtant que la formation contribue généralement à rappeler/trouver le sens de l'activité :

Ce sont des moments qui aident à se rappeler pourquoi on fait les choses, à comprendre et à réajuster comment on fait. (1-TTS003)

D'autres attribuent les difficultés à l'outil lui-même, qui présente plusieurs irritants opérationnels, notamment les bandes déroulantes qui devraient permettre de repérer facilement les ressources, mais qui sont à ce point énergivores qu'elles découragent toute bonne intention de rédiger des PI qui soient les plus complets et les plus singularisés possible. Une intervenante nous a fourni un exemple de cette difficulté à singulariser le PI au moment de l'autoconfrontation. Il s'agit du cas d'une famille dont les parents

arrivent difficilement à se préparer des repas équilibrés. La famille a donc pris entente avec le restaurant du village afin que soient livrés des repas à ses parents en perte d'autonomie. Du point de vue de cette intervenante, il n'y a pas de possibilité d'indiquer au PI ce moyen particulier puisqu'il ne se retrouve pas dans les bandes déroulantes et qu'il n'y a pas d'espace pour écrire des moyens qui n'ont pas été prévus par les concepteurs du module de planification. Cette perception est largement partagée.

De plus, plusieurs nous ont partagé la difficulté de maintenir à jour le PI parce qu'il faut évaluer l'ensemble des résultats avant de pouvoir ajouter ou retirer un élément. C'est cette autre barrière dans la conception même du module de planification qui fait en sorte que le PI est révisé en même temps que l'OÉMC, donc généralement une fois/année. S'il survient des changements (ex. : Mme a fait les démarches pour avoir la « popote roulante »), cela se retrouvera dans les notes puisque les modifications au PI demandent trop de temps.

À l'opposé, le degré de précision exigé pour décrire les AVD et AVQ est jugé trop important, car il faut tout détailler (laver le plancher, épousseter, etc.), alors qu'il faudra produire un autre plan avec ces détails pour l'ESSAD qui n'a pas accès au PI. Or, si l'on considère que ce PI ne sera jamais partagé avec l'utilisateur, pas plus qu'avec l'ESSAD (pour des raisons de confidentialité), la pertinence de ces détails est questionnée. Dans ce contexte, ils doivent trouver une formule qui les dispensera de la description détaillée, si elle existe, si elle se trouve, à défaut de quoi le besoin risque de ne pas être retenu dans le PI.

De plus, ce ne sont pas tous les PI qui se retrouvent dans le RSIPA. Seuls les plans qui sont faits à la suite des évaluations OÉMC (2009) sont rédigés dans le module du RSIPA.

Par exemple, pour les TRP et les ergothérapeutes, le PI se retrouve dans leurs notes évolutives. Ce faisant, la fonction intégrative des PI n'advient pas.

En fait, les PI sont des formes de bricolage qui tentent parfois de réconcilier les attentes, les possibilités qu'offrent l'outil et la satisfaction professionnelle. Chacun rédige alors son plan comme il l'entend et le peut.

Moi le PSIAS tellement qui ne me parle pas, j'y vais très simple. Très très simple, parce que j'aime mieux mettre ce qui est vraiment parlant pour moi dans la synthèse de l'OEMC. (1-TS001)

J'ai essayé de le faire [...] ça ne marche pas regarde. On l'a laissé de même, mais je sais que ce n'est pas ça. Il y a trop bains complets, quatre partiels, ce n'est pas ce qu'il aurait fallu. Parce qu'on ne peut pas changer. (2-TTS011)

Moi je, honnêtement je mets pratiquement toujours coordination de services parce que c'est tellement long chercher dans le système que, je perds du temps. (1-TS001)

Par-delà cette forte convergence, nous avons aussi pu observer que les milieux dans lesquels se réalisent les PI influencent les usages. Ainsi, en résidences intermédiaires, même s'il n'y a pas de formulaires standardisés pour rédiger les PI, ceux-ci sont faits en équipe interdisciplinaire et sont présentés à la famille et au résident. Cette pratique semble peu présente et peu envisageable au soutien à domicile sur nos deux sites. Bien que certains intervenants aient déploré l'absence de l'utilisateur ou de ses proches dans la définition du PI, certains ont expliqué que cette utilisation potentielle du PI est limitée par la version électronique, en raison de différences observées entre la version imprimée et la version digitale, le support informatique leur apparaissant comme une barrière à l'utilisation auprès des usagers.

Enfin, tous les participants ont affirmé ne jamais avoir entendu un collègue mentionner qu'il avait consulté le PI d'un usager ni qu'il en avait besoin pour une raison quelconque.

B) L'usage prescrit

La principale prescription qui concerne les PI c'est qu'ils sont obligatoires, sans que leur utilité, leur utilisation et leur usage ne soient concrètement définis au-delà de quelques éléments de principe. Par exemple, les PI sont conçus comme l'étape qui suit logiquement l'évaluation des besoins : « On ne peut pas planifier sans évaluer » (Bonin, *et coll.*, 2005, p. 19), ce à quoi on pourrait ajouter : « À quoi sert d'évaluer si rien n'est fait avec ces résultats? ». Or, si ces principes directeurs sont bien connus et largement reconnus sur le plan de la logique d'intervention, il faut constater que leur mise en œuvre demeure un défi majeur.

Les gestionnaires rencontrés se sont montrés préoccupés par la planification, notamment en raison de l'importance accrue que prendrait le PI dans la future reddition de compte, voire dans une éventuelle réforme du mode de financement qui serait attaché au PI pour les clientèles SAPA. Après le blitz OÉMC de 2012, le bruit court qu'il y aura un blitz PI sous peu. Le MSSS voudrait s'assurer que chaque usager qui a été évalué ait son PI. Reste à voir si le seul fait d'avoir un PI suffira, ou si une attention sera portée au contenu et à ses liens avec l'évaluation produite avec l'OÉMC (2009).

Quant à la formation qui pourrait accompagner les pratiques de planification, les informations collectées auprès des prescripteurs vont dans le sens qu'elle relève avant

tout de la formation initiale (disciplinaire) et non de la formation continue, ce qui, dans les faits, revient à dire que ce n'est pas une priorité.

C) Les écarts entre les usages prescrits et effectifs concernant les PI

Le moins que l'on puisse dire, c'est que le PI pose plus de questions qu'il ne fournit de réponses, et cela à tous égards. Il y a d'abord un important écart entre ce qui a été éventuellement appris dans la formation initiale et ce que révèlent les pratiques effectives. Il semble bien qu'aucune formation en emploi, ni de mise à jour, n'ait été donnée par les organisations ou par le MSSS à propos de l'élaboration du PI. Les prescripteurs tiennent pour acquis que la formation initiale est suffisante, malgré que cela aille à l'encontre de ce que nous avons pu observer et entendre. Il y a aussi une autre explication possible à ces écarts : les intervenants perçoivent que ce qui importe aux yeux des décideurs et gestionnaires fait habituellement l'objet d'une formation obligatoire. Suivant cette logique, les PI ne sont pas, ou n'ont pas été à ce jour, une priorité de la part des décideurs.

Pourtant, dans d'autres milieux d'intervention, cela semble bien différent. Quelques intervenants qui ont effectué des stages ou qui ont travaillé quelque temps en protection de la jeunesse voient des différences notables au niveau de l'importance qui est accordée aux PI et des usages qui en sont faits. En protection de la jeunesse, il y aurait « une culture du plan d'intervention » (1-TS007). Le PI y est utile et utilisé par l'équipe d'intervention, mais il est aussi un outil pour l'utilisateur, pour documenter son projet de vie, son engagement dans le processus de changement, alors que pour les personnes âgées, il n'est ni utile, ni utilisé en ce sens.

Moi mon exemple de référence, c'est quand j'étais en stage au Centre Jeunesse. Les plans d'intervention étaient vraiment, vraiment importants, différents, respectés, revus au mois. Tandis qu'ici le plan d'intervention va être revu en même temps que la réévaluation de l'OEMC. [...] Ce n'est jamais questionné par d'autres intervenants, ce n'est jamais utilisé. (1-TTS003)

Les pratiques actuelles laissent croire que ce n'est pas que la planification soit un non-sens, mais bien l'utilisabilité (sa convivialité) de l'outil et de la plate-forme qui contraignent fortement l'usage, de même que le manque de formation. Sa faible utilité perçue impacte sur ses usages puisque le PI se présente comme un ajout à la charge de travail, dans sa forme actuelle. Par exemple, les bandes déroulantes censées faire gagner du temps, augmente le temps consacré à sa rédaction parce qu'ils ne trouvent pas ce qu'ils cherchent :

C'est sûr que je ne trouve pas ça difficile de faire des plans d'interventions parce que je suis habitué là [...] sauf qu'y'a tellement un tas de possibilités comme les moyens [dans] les bandes déroulantes là [...] je veux dire, tu te perds là-dedans. Moi, comme on a nos classiques, qu'on utilise souvent, c'est ce que je prends parce que ça prendrait un temps fou pour aller vraiment dans le spécifique. (2-TTS010)

Parce que la bande déroulante te dit de mettre ça et on ne peut pas remplir de texte libre [...] Parfois, c'est trop spécifique [...] Il faut que tu cherches exactement ce qu'eux autres veulent avoir comme termes. Toi, tu ne peux pas le dire dans tes propres mots. (1-i011)

Conclusion à propos des PI

Il nous a semblé que les écarts d'usage entre le prescrit et l'effectif ne tenaient pas tant à un manque d'intérêt ou à une représentation erronée de son utilité, mais que ces catachrèses, ces les bandes déroulantes censées faire gagner du temps, augmente le temps consacré à sa rédaction parce qu'ils ne trouvent pas ce qu'ils cherchent : Enfin, si les intervenants planifient leur travail, leur appétence pour une planification des services est

pour le moins faible; elle semble même fondamentalement impertinente sur le plan clinique, pour des raisons qui nous sont inconnues.

3.2.3 La note évolutive

S'il est un outil qui est transversal aux professions et aux installations, un outil qui a traversé le temps, les modes et les réformes, et dont l'utilité et le sens clinique ne se sont jamais démentis, ce sont bien les notes évolutives. Tous les intervenants rédigent des notes évolutives, mais leur structure, leur contenu et leurs usages varient en fonction de plusieurs paramètres, dont la discipline (certaines professions sont très normées par leur ordre professionnel en matière de rédaction de notes évolutives) et le support rédactionnel, selon qu'il soit papier ou électronique. La pertinence d'y accorder une attention tient ici au fait qu'elles sont souvent utilisées pour compenser les incapacités des outils standardisés, dont l'OÉMC; elle est donc l'observatoire de plusieurs catachrèses.

A) L'usage effectif

Chaque fois que des difficultés ont été identifiées par rapport aux outils cliniques, les stratégies compensatrices ont souvent mobilisé les notes évolutives. Ainsi, dans toutes les difficultés évoquées plus haut, ou pour simplement connaître les changements mineurs à une situation clinique (c'est-à-dire qui ne nécessitent pas une réévaluation formelle de l'OÉMC), pour avoir les détails opérationnels des démarches qui ont été entreprises, pour avoir accès aux outils disciplinaires, ou encore pour savoir le rôle des proches ou leurs

besoins, ou la contribution de ressources communautaires, les informations sont consignées dans les notes évolutives plutôt que dans l'OÉMC (2009) ou le PI.

Parce que les notes contiennent toutes ces précieuses informations qui n'ont pu être (ou n'ont pas été) versées dans les autres outils, elles sont une source précieuse que les intervenants consultent quand ils veulent avoir une information à jour. Contrairement aux autres outils, l'accès aux notes est relativement rapide et plus simple (lorsque rédigées et disponibles en format électronique), mais surtout plus fiable que dans les autres outils. Par exemple, l'intervenant assurant la garde pour les usagers inscrits sur la liste d'attente nous signale l'importance d'avoir rapidement accès aux informations concernant un usager qui appelle pour savoir ce qui se passe ou pour donner des informations concernant sa situation changeante. L'intervenante retrouvera la plupart des informations qui lui sont nécessaires pour répondre à l'appel en consultant le RSIPA et I-CLSC. Mais ce sont principalement les notes évolutives qui seront regardées pour lui permettre d'avoir une bonne idée de la situation.

Il y a une condition importante pour que ces notes soient une source fiable : elles doivent être à jour, faciles d'accès et rédigées de manière à ce que l'information soit facilement et rapidement repérable. Quand les notes sont trop longues, par exemple dans une situation observée (ici la note d'une inhalothérapeute), l'intervenante va lire la conclusion pour savoir quelles ont été les recommandations. Celles-ci provoqueront une réaction de surprise chez l'intervenante puisqu'il semble évident que la capacité de compréhension altérée de l'usagère n'ait pas été prise en considération. Dans cette situation, l'inhalothérapeute recommande de prévoir un plan B, mais l'intervenante trouve que cela ne correspond pas du tout à la manière de faire habituelle dans son

secteur : « On ne fait pas ça, c'est de la prévention. Au mieux, on va indiquer que s'il y a détérioration, on va être là! » (1-TTS003).

Il semble y avoir beaucoup de variations dans la manière de concevoir l'utilité des notes évolutives, leur contenu, leur structure. Certains professionnels reçoivent des consignes ou des formations de leur ordre professionnel, d'autres adoptent des manières de faire qu'ils ont observées chez des collègues (qui peuvent provenir d'autres disciplines que la leur), certains ne se cassent pas la tête et pratiquent l'art du copier-coller de la synthèse de l'OÉMC, d'autres encore ont développé des modèles en format électronique à partir desquels sont créés les notes spécifiques à chaque situation. Une intervenante (1-TS005) a d'ailleurs plusieurs modèles : selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, selon le type de note, comme pour une prise en charge, une réévaluation, etc. Certains intervenants disent qu'ils ont adapté une structure des notes qui se rapproche de ce qui est demandé par leur ordre professionnel, mais cette structure a surtout une valeur en ce qu'elle facilite la rédaction et le repérage des informations. Ces modèles font une sorte d'inventaire des possibles qui sont ajustés à la situation. Cela est, du point de vue des utilisateurs, efficace et fait gagner du temps.

Pour certains encore, cette tâche peu paramétrée demeure un véritable casse-tête. Une intervenante rédige ses notes en se posant la question suivante : si quelqu'un d'autre lisait cette note, qu'est-ce qu'il considérerait important? Elle se questionne aussi à savoir ce qui doit être ou non écrit ou précisé, et donne comme exemple certaines interventions qui vont de soi, comme « écoute-support ».

B)L'usage prescrit

Comme mentionné précédemment, les ordres professionnels donnent des directives à leurs membres concernant la rédaction des notes évolutives. Les établissements et le MSSS n'ont par contre pas contribué directement à la prescription des notes évolutives. Un secteur du site 1 a par contre, dispensé une formation les concernant, et c'est dans ce cadre qu'une intervenante nous a rapporté qu'en aucun cas les notes ne doivent servir à garder en mémoire des informations pour l'intervenant qui la rédige. Elles servent avant tout à partager l'information. Cette conception des notes évolutives est en porte-à-faux avec les usages effectifs qui peuvent et sont souvent multiples (Belzile, 2010).

Une intervenante a évoqué une règle concernant le délai pour compléter une note qui existe déjà; la rédaction ne peut se faire au-delà de 72 heures après l'événement à consigner. Nous ne savons pas s'il s'agit d'une directive particulière à sa discipline. Quant à savoir quand une information doit faire l'objet d'une note et d'une statistique, une intervenante a mentionné que cela était indiqué lorsqu'il y a un changement dans la situation (même si le PI n'est pas forcément, ni concrètement, mis à jour). Le délai de rédaction, le contenu et son lien avec les statistiques ne semblent pas standardisés, et ces questions semblent le plus souvent laissées à l'arbitrage des intervenants.

C) Les écarts entre les usages prescrits et effectifs à propos des notes évolutives

Ce n'est pas tant l'écart identifiable entre l'usage prescrit et l'usage effectif qui frappe à l'observation, mais bien comment les notes peuvent devenir un véritable outil clinique porteur de sens, et ce, sans que soit particulièrement contraints ou standardisés son usage, son contenu et ses règles de rédaction. En considérant les notes comme un outil, cela permet aussi de considérer qu'elles offrent un espace de création, d'utilité et d'usages qui

se tient à l'abri, dans une certaine mesure, du registre normalisé de l'OÉMC, mais qui, du même coup, laisse apparaître les valeurs épistémique et praxique qui sont recherchées au travers des outils, car elle donne accès à de l'information utile et fiable pour une action efficiente.

Conclusion à propos des notes évolutives

Les notes évolutives sont donc utiles parce qu'elles permettent d'avoir accès à des données qui renseignent sur la situation concrète de l'utilisateur et qu'elles retracent ce qui a été fait, parfois ce qui n'a pas été possible, ce qui a été tenté, etc., et non seulement ce qui est inscriptible dans les outils standardisés. Elles constituent donc un moyen de connaître et de « savoir quoi faire » en situation. Malgré tout, si l'on considère la somme de notes à consulter, l'accès parfois difficile et la variation dans les styles, et bien que leur utilité soit soumise à certaines conditions (ex. : être à jour, utiliser une structure facilitant le repérage des informations), elles surpassent à nombre d'égards les autres outils que nous avons présentés. Les notes évolutives ont ainsi une fonction prothétique, c'est-à-dire que leur format, leur contenu et leurs usages permettent de parfaire les autres outils ou de contourner leurs dysfonctionnements ou leurs carences.

3.2.5 Les outils maison et les formulaires de référencement

Nous ne détaillerons pas ici tous les formulaires de référencement utilisés par les intervenants, nous nous contenterons plutôt d'exposer leur pertinence pour l'analyse de l'OÉMC. Précisons d'abord que ces outils se présentent souvent en version papier, ou dans une version technologiquement plus basse et, surtout, incompatible, avec le RSIPA.

Ils doivent être envoyés soit par télécopieur (notamment pour les médecins), par courriel ou déposés dans les boîtes de courrier interne.

A) L'usage effectif

Sur chacun des sites, les formulaires qui servent à faire des références sont nombreux et ils sont perçus comme des inventions locales distinctives.

Nos outils plus personnalisés par Centre : la fiche de référence, la fiche pour la Société d'Alzheimer, ça on l'utilise beaucoup aussi, les demandes d'aide au bain, les fiches de répit avec les ASSS pour les gens qui ont besoin d'accompagnement et de gardiennage.

Ce dernier service-là, est-ce que ce sont les mêmes formulaires ?

Non. Ce sont d'autres formulaires. Le formulaire de référence doit toujours être présent, mais [...] si on prend un répit gardiennage je vais compléter la demande avec les services et le profil du client et avec un résumé. Et, par la suite, je refais un plan d'intervention pour les ASSSS. Mais, je ne suis pas la seule à faire les plans d'intervention, parce que si c'est de l'aide aux bains, c'est la même fiche, bien je dois m'associer à un ergothérapeute. (1-TTS014)

Ceux qui sont communs et qui sont aussi les plus utilisés sont les formulaires pour les répits, pour les références internes (dont le contenu diffère selon les disciplines) et les «plans de roulement» ou «plans de travail» qui servent aux demandes de services faites aux organismes communautaires. Sur le site 2, un effort d'harmonisation et de simplification a été fait au niveau régional : depuis mai dernier, il y a un formulaire unique pour toutes les références aux EESSAD de la région. Dans cette nouvelle version, il n'y a toutefois pas d'espace prévu pour que le supérieur autorise les services, ce qui a été adapté localement pour lui permettre de parapher les demandes. Cet exemple illustre au moins deux choses. D'abord, l'intention d'harmonisation des pratiques et des services trouve un chemin pour se matérialiser au travers des outils maison. Cela montre également que la conception locale de ces outils néglige certaines conditions

opérationnelles (ex. : l'autorisation devant être signée par le supérieur), probablement parce que les utilisateurs (ici les intervenants et le gestionnaire de proximité) n'ont pas participé à la mise en forme desdits formulaires. Ainsi, même les formulaires maison, pourtant développés à l'interne, ne tiennent pas compte pleinement des besoins ou du point de vue des utilisateurs.

Un autre exemple concernant l'inadéquation du contenu de tels formulaires a été apporté par des intervenants du site 1 qui doivent réviser annuellement le plan de travail des auxiliaires de santé et de services sociaux. Dans ce formulaire se trouve un espace où doit être précisée la zone de travail. Cette répartition géographique n'est cependant plus utilisée pour les autres intervenants, ce qui fait que cette information est peu connue. Cette organisation historique du travail subsiste ici, probablement parce qu'elle fait du sens pour ce groupe d'intervenants, mais le fait que ce soit une exigence pour remplir le formulaire de référence requiert du temps et de la débrouillardise pour les utilisateurs de l'outil qui doivent fournir cette information. Une fois complété, le plan de travail doit être imprimé et envoyé par courrier interne à la responsable des auxiliaires de santé et de services sociaux. Une des intervenantes observées a choisi d'utiliser un autre moyen qu'elle juge plus rapide, soit d'envoyer la demande par courriel plutôt que par courrier interne. Il faut comprendre ici qu'au nombre de formulaires qui doivent être remplis s'ajoutent des procédures différentes pour chaque formulaire, et selon les destinataires. Alors que la standardisation des outils et des procédures aurait dû alléger la charge mentale des intervenants et faciliter leur travail, notamment en termes d'intégration des modalités de référencement, il semble ici que ce soit plutôt un facteur d'alourdissement.

Pourtant, en principe, un PI ou un PSI devrait faciliter cette tâche (Couturier, Bonin et Belzile, 2016).

La charge mentale des intervenants est affectée par le nombre de formulaires, par le manque de convivialité des outils, qu'ils soient ou non standardisés, mais aussi par l'ambiance de changement permanent à leur propos : changement de formulaire, de procédure, nouvelles obligations qui s'ajoutent aux autres, etc. Une intervenante mentionne à ce propos que

Ce n'est pas tout de changer les informations sur les formulaires, il faut que ce qui est demandé soit pertinent pour les professionnels. (1-R010).

Les formulaires, comme les outils, devraient être conçus avec les utilisateurs qui sont, tout au moins dans le cas des formulaires de référencement, ceux qui les complètent et ceux qui les reçoivent.

Tout le monde veut bien faire, veut que les outils nous aident, qu'ils facilitent le travail. Par exemple, actuellement, les chefs sont en train de travailler sur un outil unique de référence. C'est bien, mais actuellement [...] ce n'est pas ce qui nous sera le plus utile. Pourquoi ils ne nous demandent pas ce dont on a besoin? Qu'ils fassent des changements dont on a vraiment besoin. (1-TTS003)

La participation des utilisateurs pourrait augmenter les chances que les outils soient davantage en adéquation avec les besoins pour travailler efficacement. Malheureusement, les changements sont le plus souvent envisagés comme des ajouts, des empilements de détails, de formulaires, de procédures, etc. Sur le site 1, il y a tellement de choses à faire, de démarches et de formulaire à remplir après avoir fait un OÉMC, qu'un aide-mémoire (un métaformulaire!) a été créé pour les intervenants afin qu'ils cochent ce qui a été fait. Ils conservent cet aide-mémoire complété dans leur dossier personnel.

B) L'usage prescrit

Parce que de conception maison, ces différents formulaires font l'objet d'une kyrielle de prescriptions singulières à chacun. Il est donc impossible d'aller au-delà de ce dont nous avons rendu compte à leur propos jusqu'à maintenant. Introduire des changements de forme ou de fond ne semble pas toujours valoir l'effort, voire n'est pas du tout envisageable par les utilisateurs. Par exemple, modifier des formulaires du centre hospitalier pour que les références soient plus sensées pour les intervenants du domicile semble voué à l'échec. Ajoutons qu'à première vue, ces formulaires pourraient être considérés comme de l'administratif, mais, dans les faits, ils sont partie intégrante du processus clinique parce que pas de référence sans formulaire, et pas de formulaire, pas de service.

C) Les écarts entre les usages prescrits et effectifs à propos des formulaires

Le principal écart entre les usages concerne le peu de considération qui est apporté à l'impact des formulaires et des procédures de diffusion sur le travail des intervenants. La redondance des contenus (le meilleur exemple étant d'avoir à recopier sur chacun d'eux l'identification de l'utilisateur) et leur format (presque toujours en version papier) incompatible avec l'OÉMC informatisé (2009). L'analyse des formulaires est intéressante pour comprendre les usages de l'OÉMC, parce qu'ils reprennent des données qui ont été collectées avec l'OÉMC. Souvent, c'est la synthèse qui va être recopiée en tout ou en partie, mais avec des structures différentes, selon les formulaires. Ces transferts de données, ces fortes correspondances entre l'OÉMC et le contenu de ces formulaires, font

de ceux-ci un usage de l'OÉMC, mais un usage sous-optimal. Pourquoi recopier toutes ces informations plutôt que de référer à la synthèse de l'OÉMC ou, soyons audacieuse, au PI?

3.2.4 Les systèmes électroniques : RSIPA et autres

À l'heure actuelle, la plate-forme RSIPA est utilisée partout au Québec pour y consigner en version électronique l'OÉMC (2009) et les PI. Il ne s'agit peut-être pas d'un outil en soi, mais d'un système qui influence les usages des outils et qui devient essentiel à considérer pour comprendre les usages de l'OÉMC. Nous les regarderons donc en tant que systèmes qui outillent l'intervention, même s'il n'est pas de notre intérêt ni de notre compétence de les analyser d'un point de vue strictement technologique. Nous ne mettrons un pied dans l'espace technologique que timidement, et qu'aux seules fins de comprendre les usages de notre outil principal, l'OÉMC informatisé (2009).

A) L'usage effectif

L'observation des usages effectifs a permis de constater des avancées variables du niveau d'informatisation selon les sites. Ainsi, le site 1 utilise les trois modules en opération du RSIPA (OÉMC, PI, notes évolutives), tandis que le site 2 utilise uniquement deux modules (OÉMC, PI). Il faut se garder de conclure que cet écart s'explique par la proactivité de l'un ou par le retard de l'autre en ce qui concerne la valeur accordée à l'informatisation. Ce qui joue ici est, au contraire, le fait que le site 2 utilise une autre plate-forme informatique, soit le SYMO employé les infirmières. L'intention de ce site est que l'ensemble des intervenants puisse utiliser cette plate-forme un jour, notamment

pour les notes évolutives, qui seraient alors partageables et disponibles pour tous les intervenants³³. L'avantage de SYMO réside notamment dans la possibilité d'utiliser les ordinateurs portables hors connexion, ce qui élimine la majorité des interruptions de services en raison d'un mauvais accès internet au domicile de l'utilisateur, et de mettre à jour les données collectées au domicile en se connectant au système, de retour au bureau.

Avec SYMO, on part en mobile on part [...] en hors-ligne. On va chercher les dossiers, comme si on prenait un dossier des archives et je l'emporte avec moi. Je peux le consulter, je peux travailler dedans. Quand je vais le ramener, les données vont se transférer [...] Donc [avec le RSIPA], il faut que j'arrive chez le client, ça me prend une clé, un jeton pour que je me connecte sur le réseau; quand il y a un réseau ! On essaye de trouver le réseau, des fois le réseau lâche, faut recommencer la reconnexion. Ça fait que c'est plus long. Ce sont des irritants quand même importants là !
(2-i005)

De plus, certaines activités cliniques comme le dépistage pour les chutes ou encore la prévention des plaies ont été intégrées à SYMO et font partie de chaque PI, si la situation clinique le requiert. Mais comme cela est intégré dans l'outil, les activités de prévention sont ainsi plus naturellement intégrées à l'intervention.

Cette option informatique a été mise à l'épreuve lors de son implantation auprès des infirmiers/infirmières qui avaient, comme les autres intervenants, des réticences de même nature que celles qui ont été exprimées à l'encontre du RSIPA. Ils craignaient principalement que l'utilisation de l'ordinateur produise de l'interférence dans leur relation avec l'utilisateur. Le rapport aux technologies et les habiletés individuelles variables pour l'utilisation d'un ordinateur à domicile étaient les mêmes que pour les autres groupes professionnels. Après environ deux ans d'utilisation, l'adoption de ce mode de travail avec l'ordinateur est passée dans les normes et dans les mœurs. Le milieu pourrait

³³ Précisons ici que nous n'avons aucun intérêt à promouvoir une quelconque plate-forme informatique, mais que ce dont nous rendons compte est ce qui nous a été communiqué par les utilisateurs.

donc s'appuyer sur ce processus d'implantation et sur des utilisateurs maintenant expérimentés pour appuyer les nouveaux utilisateurs. Mais cette perspective pourrait être difficile à mettre en œuvre sans l'accord du MSSS, qui devrait considérer que la plateforme qu'il a choisie (le RSIPA) ne convient pas à l'ensemble des organisations, ce qui lui est difficile. Il est aussi fort peu probable que ce choix organisationnel puisse atténuer les conséquences de la coexistence et de l'incompatibilité de différentes solutions informatiques, car verser l'OÉMC dans SYMO est pour le moment improbable. Cela pose deux questions contradictoires. D'abord, pourquoi la prescription ministérielle favorisant le RSIPA a-t-elle permis l'émergence de SYMO? Puis comment le ministère peut-il prendre appui sur les adaptations locales pour identifier des solutions à des problèmes opérationnels associés à son choix de privilégier la solution RSIPA, comme le problème de la connectivité internet?

Au-delà des usages directement associés aux outils constituant chacun des modules (l'OÉMC, les PI et les notes évolutives), le principal usage du RSIPA est la consultation, essentiellement par les intervenants-évaluateurs, de ce qui a été fait, des outils qui sont complétés et, pour les secteurs qui utilisent le module des notes évolutives, le possible partage d'informations interprofessionnelles. Nous ne sommes pas en mesure de valider si le fait que ces informations soient facilement disponibles pour les évaluateurs accroît leur rayon de diffusion et d'usage, mais cela est un effet possible.

Pour contextualiser les constats précédents, il importe d'aborder la question de la disponibilité des ordinateurs portables, condition de base à une utilisation optimale des outils informatisés. L'accès à des portables n'est pas une réalité partout, et des disparités à l'intérieur même des régions ont pu être observées. Il s'est même trouvé des

participants qui ne savaient pas pourquoi leur ordinateur avait été changé pour un portable (1-TS001). Alors, même lorsqu'ils sont accessibles, ils sont dans les faits, utilisés comme des ordinateurs fixes, c'est-à-dire au bureau uniquement, ce qui est probablement sous-tendu d'un défaut d'accompagnement du changement. Il y a bien eu mention sur le site 1 que des collègues utilisaient le portable à domicile, mais nous n'avons pas pu observer une telle pratique. D'autres ont expérimenté son utilisation à domicile, mais les problèmes de connexion internet rencontrés les en ont vite découragés, car cela s'est avéré inefficace. De plus, l'expérimentation de nombreux bogues informatiques, d'un manque de convivialité, et d'équipements pas toujours à la hauteur des exigences techniques font en sorte que pour la totalité des répondants, l'informatisation est un important facteur d'alourdissement de leur charge mentale au travail, malgré les prétentions contraires des formateurs et des concepteurs des outils.

Très souvent, ici nous autres on a souvent des bogues, on vient sans connaissance, tu t'installes le matin, il était prévu que tu voulais faire ça et puis là, ça ne marche pas. (2-TTS011)

C'est super sécurisé hein, ça fait qu'on doit avoir un code et qu'il y a plusieurs procédures à faire pour ouvrir notre accès internet et notre compte d'utilisateur. Ça fait qu'en bout de ligne on perd quasiment dix minutes de taponnage sur l'ordinateur. (1-i002)

Enfin, le soutien informatique est parfois déficient. Nous avons observé dans un secteur du site 2 qu'un message d'erreur apparaissait lors de l'utilisation de l'OÉMC, et empêchait les utilisateurs de passer d'une section de l'OÉMC à l'autre. Les utilisateurs devaient fermer l'outil et le rouvrir pour accéder à une autre section, sans qu'une solution technologique n'ait pu être trouvée par le technicien depuis des semaines, ce qui nous a été confirmé par la pilote RSIPA.

Quant au contenu de la plate-forme en tant que telle, certains ont aussi évoqué le fait qu'ils croyaient ne pas connaître ou ne pas utiliser pleinement toutes les fonctions ressources contenues dans le RSIPA. De manière générale, les fonctions d'aide et de recherche sont très peu connues, et donc très peu utilisées, ce qui confirme notre hypothèse d'un défaut d'accompagnement du changement. Par exemple, une seule intervenante a mentionné utiliser la fonction «recherche» pour s'assurer à la fin de la semaine que toutes ses notes étaient rédigées, c'est-à-dire qu'aucune ne demeurerait incomplète. Cette même intervenante a précisé aussi qu'il existe une possibilité de voir dans le RSIPA, les PI qui doivent être faits, mais cette information apparaît plus clairement, de son point de vue, dans le document qu'elle a conçu elle-même, et qu'elle utilise en parallèle pour suivre sa charge de cas. Une seule intervenante a mentionné les ressources disponibles d'aide en appuyant sur le bouton qui donne accès à des informations et à du soutien directement sur la plate-forme RSIPA. Se lançant dans une démonstration au hasard, elle a ouvert un document sur la taxonomie de Bloom (un modèle pédagogique proposant une classification des niveaux d'acquisition des connaissances). Elle ne savait absolument pas en quoi cela pourrait lui être utile, mais c'était là, disponible dans le RSIPA (!).

Quelques participants apprécient néanmoins la plate-forme RSIPA. Une intervenante a tenu à souligner qu'elle disposait des ressources pour bien l'utiliser : elle a reçu une formation, elle peut consulter le guide de formation qui est disponible dans le RSIPA, elle a accès à une personne ressource sur place et il y a aussi ses collègues qui peuvent apporter leur aide.

Comme nous l'avons mentionné, partout et par tous les participants que nous avons rencontrés, les OÉMC (2009) sont utilisés en format papier, alors même que la valeur ajoutée du RSIPA est précisément son informatisation. Un des deux sites fournit même aux intervenants des formulaires imprimés (bleus), alors que dans l'autre, les intervenants les impriment eux-mêmes à partir du RSIPA. Lors des réévaluations, l'OÉMC antérieur est imprimé et, pour les nouvelles évaluations, une version papier est donc encore disponible.

Le papier coexiste donc avec les systèmes informatiques, notamment parce que l'accès aux données et aux outils est parfois restreint. Cela encourage d'une certaine manière le repli sur des pratiques antérieures ou encore le développement parallèle de dossiers dans lesquels sont conservées des copies papier de documents (notes, évaluation, références, etc.) susceptibles d'être utiles et qui seront ainsi disponibles plus rapidement.

Oui il y a des dossiers papier parallèles. Moi, ils sont tous ici mes dossiers papier parallèles (montre son tiroir de bureau). Je vais y déposer par exemple les fax que j'ai envoyés, que j'ai reçus [...] ces dossiers-là je vais archiver les informations que je pense qui pourraient être utiles [...] ça fait que oui, il y a encore des dossiers parallèles. (1-TS001)

Les attentes vis-à-vis le partage de l'information (accessibilité aux outils des autres et rapidité pour obtenir ces informations) dépassent les préoccupations par rapport au format. Du point de vue des intervenants, si le papier rencontre ces attentes, mieux vaut le papier que des systèmes informatiques qui compliquent et dupliquent le travail. Quand il est question des liens avec les partenaires, émerge inévitablement la question du partage ou de la circulation de l'information, de sa qualité ainsi que des facilitateurs qui la rendent disponible. Les outils, ou plus précisément les plates-formes soutenant les usages des outils, comme le RSIPA, comportent leur part d'incongruités en la matière.

Le fait que l'outil soit partagé ne garantit donc pas que l'usage le soit. Ainsi, un exemple rapporte qu'à l'Unité de courte durée gériatrique, l'OÉMC est utilisé, mais de manière partielle, car la partie psychosociale est très rarement évaluée par les infirmières pourtant responsables de le compléter. L'inscription « N/É » (non évalué) est alors utilisée pour cette section. Nous avons aussi eu connaissance d'une autre situation où l'OÉMC (2009) n'était pas disponible via le RSIPA, et ce, même s'il avait été complété dans le RSIPA, mais dans une autre région.

Un exemple à l'effet que la disponibilité de l'information ne suffit pas nous a été donné par une participante qui travaille en périphérie de la ville centre. Dans un cas de transfert éventuel vers un autre site, dans la même région (même CISSS/CIUSSS), elle sait que son usagère sera suivie en gestion de cas puisque les mêmes critères sont utilisés pour déterminer l'admissibilité à ce type de services. Mais elle sait aussi que l'évaluation qu'elle fournira ne sera pas considérée et que l'usagère sera donc réévaluée par le nouveau site pour, au final, être placée en liste d'attente, alors que sa propre évaluation aurait pu et dû permettre une orientation définitive.

Les outils cliniques contenus dans le RSIPA portent une visée d'intégration des services et incarnent donc la conception que le MSSS a du système de santé québécois. Comme il a déjà été mentionné, l'utilisation de ces outils, peu importe la localisation des intervenants (SAPA, hôpital ou GMF), n'est cependant pas encore chose faite. Ainsi, selon les participants, la plupart des GMF peuvent accéder au RSIPA, mais dans les faits ils n'en font que peu usage; ils privilégient en pratique le téléphone, voire même la télécopie ou leur propre système informatique. Et quand ce sont les intervenants du soutien à domicile qui ont besoin des GMF, c'est aussi un peu compliqué.

Les infirmières du GMF ont accès. Les travailleuses sociales maintenant depuis peu. Ils ont accès à ça, mais ne l'utilisent pas tant que ça. Ils utilisent vraiment OMNIMED [un dossier médical électronique], c'est vraiment leur outil de travail. (1-TTS014)

Ce n'est pas tous les GMF, il y en a juste quelques-uns qui mettent les informations là-dedans. Fait que là on a accès, mais sinon faut vraiment appeler là-bas, parler à une infirmière. J'trouve que c'est beaucoup de dérangement pour avoir des diagnostics. ESi002

Il nous a été cependant donné de voir comment le mouvement pouvait être inversé, c'est-à-dire un mouvement partant des GMF vers le SAPA. Ce mouvement est notamment utile parce que des données que possèdent les GMF peuvent être utiles pour compléter l'OÉMC. Mais il s'agit d'une autre plate-forme, celle-là utilisée par les médecins, qui est depuis peu accessible aux intervenants du SAPA, en lecture seule. Il s'agit d'un dossier médical électronique, OMNIMED, utilisé dans un secteur du site 1. On y retrouve des informations qui s'avèrent précieuses pour compléter les OÉMC, comme les diagnostics, les notes cliniques des médecins de famille, les notes des médecins spécialistes consultés, des résumés de dossiers médicaux, la liste des prescriptions de médicaments, et les sommaires d'hospitalisation qui ont été numérisés. Il est aussi possible de visualiser un rendez-vous planifié avec le médecin. Il y a possibilité de copier-coller les informations lorsque l'utilisateur a donné au médecin son consentement pour le partage de l'information. Une icône verte indique que ce consentement a été donné.

I-CLSC est un peu périphérique à l'usage effectif de l'OÉMC, mais il convient tout de même d'écrire quelques lignes à son sujet puisqu'il sert à rendre visible, statistiquement parlant, l'utilisation de l'OÉMC. Comme mentionné précédemment, entrer la statistique marque la fin d'un processus parfois long et décalé de l'activité d'évaluation réalisée

avec l'OÉMC. Avant de conclure ce processus, il aura fallu finir ce qui était commencé, notamment l'entrée des informations dans le RSIPA, et effectuer ses suites (validations, information, références, etc.), faire les notes (parfois tardives), puis finalement vérifier si les statistiques sont faites, du moins celles qui sont requises, car là encore, il semble que toute intervention ne fasse pas l'objet d'une statistique dans I-CLSC. Aux dires des intervenants, ce n'est pas toujours évident de savoir s'ils doivent faire une note pour une intervention ni s'ils doivent entrer une statistique. Les intervenants sont généralement unanimes quant à ce qu'il faut «stater» en priorité absolue pour atteindre la prescription. Cette priorité à certaines activités «statables» explique en partie que d'autres activités cliniques soient délaissées. Plusieurs intervenants ne savent pas comment traduire ces activités dans le langage des statistiques du I-CLSC, ce qui fait en sorte que ces interventions ne sont jamais « portées à l'attention » du système I-CLSC, et sont, par le fait même, invisibilisées.

Pour une heure de visite, j'ai au moins autant de temps indirect. Là, c'est ce bout-là de statistiques indirectes que, justement, on en parle souvent [...] Ce qui me ferait du bien [...], c'est la reconnaissance. J'ai peut-être 20 minutes de temps dans ma stat, mais ça fait deux heures que je travaille dans ce dossier-là. (1-R012)

Les activités à domicile effectuées dans le but premier de compléter l'OÉMC sont très clairement valorisées par la reddition de compte à destination du ministère, au point que le financement de l'établissement en dépend. Cette prescription provoque un paradoxe : la priorité est au temps passé directement auprès de l'utilisateur...pourvu que cela n'empêche pas d'alimenter la reddition de comptes qui entoure la réalisation de l'OÉMC. Ainsi, même le temps le plus clinique est colonisé par la prescription. Au contraire, plusieurs des activités de bureau requises ou découlant de l'OÉMC ne trouvent aucune

entrée dans le I-CLSC, ce qui produit des statistiques défavorables à la reconnaissance du travail effectif de l'intervenant, à qui il pourrait être reproché de ne pas être assez proche de ses usagers ou de ne pas être plus performant...le paradoxe est puissant, et est au cœur de la surcharge cognitive des intervenants, voire de leur souffrance au travail.

L'évaluation de la performance se fait principalement à partir des données fournies par les statistiques que complètent les intervenants dans I-CLSC bien que, comme nous venons de le mentionner, le travail réalisé n'est pas totalement en phase avec le travail qui est retenu par les statistiques. Par exemple, l'abondante utilisation du téléphone que nous avons observée n'y est assurément que faiblement captée, voire pas du tout retenue. Pourtant, du point de vue des intervenants, l'usage du téléphone accroît leur performance, ne serait-ce que parce qu'il évite les temps de déplacement. D'ailleurs, ils savent très bien que ce qui compte, ce sont les visites à domicile, pas l'intervention téléphonique. C'est pourquoi ils consignent plus formellement les visites à domicile (dans les notes et dans les statistiques). D'ailleurs, comme l'a dit un intervenant : « Si je devais tout transcrire ce que je fais, je n'aurais pas le temps de travailler » (2-i002). Cet exemple milite en faveur de considérer les données statistiques produites avec un peu de nuance et de recul, surtout lorsqu'elles prétendent décrire le travail que font les intervenants.

Plus fondamentalement, nous n'avons observé pratiquement aucune stratégie des intervenants pour contourner les règles du jeu des statistiques, pour utiliser ces dernières de manière à ce qu'elles leur soient « profitables ». Les intervenants ont donc intériorisé la logique profonde de la reddition de compte et ont accepté qu'une part importante de leur activité soit laissée dans l'ombre. Le lien entre la clinique et la reddition de compte prend aussi des formes insoupçonnables. Un exemple nous a été fourni par une

intervenante. Il illustre aussi comment les statistiques déterminent ou soulignent ce qui importe réellement aux yeux des prescripteurs. Elle faisait auparavant des interventions de groupe, évidemment cliniquement justifiées, mais comme ce type d'intervention ne pouvait pas être comptabilisé dans les statistiques, ou plutôt comme ces statistiques n'avaient aucune incidence sur le calcul de la performance de son organisation, elle a cessé par elle-même de faire ce type d'interventions, pourtant économique et efficace. Cela montre la capacité des acteurs à décoder, ici au moyen des statistiques, ce qui compte véritablement, sans que personne n'ait à se positionner clairement. Les théories de l'activité valorisent la dimension collective, alors que la logique de reddition de compte tend à individualiser l'intervention. Cet exemple montre aussi qu'au-delà d'une prescription claire se trouvent diverses conditions, plus ou moins explicites, qui conçoivent la prescription comme un mouvement récursif, ce qui n'est pas franchement abordé dans ces théories. De plus, les efforts récents des théories de l'activité ont surtout porté, sous l'influence de la psychologie du travail, sur l'effet cognitif (ex. : constitution de schèmes d'action) des conditions sur les individus.

B) L'usage prescrit

Selon le MSSS (2016), l'usage de la plate-forme informatique RSIPA vise quatre grands objectifs :

- 1- soutenir le processus d'évaluation clinique de la personne adulte;
- 2- améliorer les services par la disponibilité et la rapidité d'accès à des informations à jour et de qualité;

- 3- faciliter la communication et la concertation entre les intervenants; et
- 4- produire des rapports contenant des données de gestion.

La prescription à l'égard du RSIPA est forte et ample, sans doute parce qu'elle énonce la vision ministérielle. La formation dont elle a été l'objet concerne surtout ses dimensions techniques. Enfin, elle semble relayée dans l'espace managérial puisqu'elle fonde (et fondera probablement davantage) les stratégies de reddition de compte.

C) Les écarts entre les usages

Beaucoup d'espoirs ont été mis dans l'informatisation des outils cliniques déjà connus et utilisés depuis plusieurs années dans les pratiques des intervenants du soutien à domicile. Par cette informatisation, l'OÉMC et le PI devaient voir leur mise à jour et leur partage facilités. Actuellement, l'informatisation ne s'est cependant que modestement révélée comme un soutien important pour améliorer les pratiques. Plus spécifiquement, peu de discours révélant l'interdisciplinarité qu'elle soutiendrait n'a été formulé par les participants. Nous avons aussi noté que les professions qui sont davantage normées par leur ordre professionnel, comme les infirmiers/infirmières et les thérapeutes en réadaptation physique, se concentrent sur leurs obligations professionnelles et leurs outils disciplinaires, ce qui tend à minorer le caractère interdisciplinaire de l'OÉMC et des PI soutenus par la solution RSIPA.

De même, le souci d'avoir accès aux données collectées par des professionnels d'autres disciplines se fonde le plus souvent sur les besoins disciplinaires des utilisateurs du RSIPA, pour leur permettre de bien accomplir leur travail. Par exemple, l'accès au profil médical est requis pour effectuer des actes professionnels qui sont subordonnés à

une prescription ou, du moins, une information médicale. On comprend alors que la situation psychosociale d'un individu n'est pour eux pas jugée de prime abord comme essentielle. Avec la consigne qu'un seul intervenant porte l'évaluation, même les « déviants » de la règle, c'est-à-dire ceux qui complètent l'OÉMC à plusieurs, n'atteignent pas pour autant l'interdisciplinarité puisque les parties sont documentées indépendamment les unes des autres. Ainsi, comme cela nous a été mentionné, tout ce qui concerne la mobilité pourra être complété par le TRP, et toute la première partie qui présente l'état de santé de la personne sera confiée à l'infirmière. Les intervenants considèrent ces pratiques comme de la solidarité entre les professionnels. Nous sommes donc ici en présence d'un travail additif relevant de la pluridisciplinarité plutôt que de la co-transformation inhérente à l'interdisciplinarité (Couturier et Belzile, 2018).

Alors qu'en principe le travail interdisciplinaire devrait être positivement engagé par l'élaboration d'un PII ou d'un PSI, nous n'avons assisté à aucune rencontre interdisciplinaire qui ait eu comme finalité ou comme résultat de rédiger et de discuter d'un tel plan. Nous ne nous attarderons pas ici sur les formules de discussion de cas qui ont été observées, mais dans aucun cas nous n'avons pu constater une influence des PII ou PSI sur leur déroulement.

La visée du MSSS à l'effet que l'informatisation allait permettre d'avoir une information disponible et à jour se constate difficilement puisque les mises à jour, considérées comme mineures, sont documentées dans les notes évolutives et non dans l'OÉMC ou les PI. Par ailleurs, il n'a pas été possible de bien saisir ce qui était considéré comme des changements majeurs, hormis des hébergements ou encore des pertes d'autonomie provoquées par des problèmes de santé subits comme peuvent l'être les

accidents vasculaires cérébraux, avec des séquelles importantes altérant le fonctionnement de la personne. Donc, pour savoir comment évoluent les situations, la consultation de l'OÉMC (2009) ou des PI est peu utile. Il vaut mieux chercher dans les notes évolutives de chacun des intervenants impliqués dans une situation, sans compter que ces notes ne sont pas toujours à jour et parfois disponibles seulement à condition de pouvoir attendre, par exemple le temps que les dossiers papier arrivent des archives, de plus, il faudrait idéalement consulter plusieurs dossiers cliniques qui sont longs à obtenir (quand ils sont accessibles), comme celui de l'hôpital ou du GMF. La coexistence des dossiers papier et électroniques ajoute aux nombreuses ruptures dans la continuité informationnelle. Il importe cependant de souligner ici que le RSIPA n'a pas été mis en place pour se constituer en dossier clinique.

Bien que son implantation soit assez récente, le RSIPA a déjà subi quelques ajustements, certains heureux, d'autres moins. Ainsi, la possibilité d'enregistrer une note même si elle n'est pas complète pour revenir la terminer plus tard est très appréciée. Par contre, dernièrement, le visuel a été changé : les caractères apparaissent maintenant en gris pâle sur fond gris : « Cela n'est vraiment pas commode pour la lecture » (1-TS007). Ce dernier changement nous a été rapporté par un participant qui a tenu à nous faire ce suivi après que nous l'ayons rencontré trois mois auparavant.

*

Nous avons décrit les usages effectifs et prescrits de l'OÉMC (2009) ainsi que leurs écarts, en amorçant un premier niveau d'analyse. Ainsi, pour décrire les usages effectifs de l'OÉMC (objectif 2) et surtout pour accéder aux catachrèses, nous avons aussi suivi la même structure pour aborder d'autres outils qui sont utilisés à la place ou en complément

de l'OÉMC. Ainsi, les PI qui étaient l'usage le plus saillant de l'OÉMC n'a pas été suffisant pour aborder les usages. Il a fallu nous intéresser aux notes évolutives et aux formulaires maison (le plus souvent des formulaires de référencement), puis aux systèmes informatiques (RSIPA, SYMO, I-CLSC) pour mieux saisir l'activité effective des utilisateurs de ces outils qui composent le coffre d'intervention des professionnels.

La description des usages prescrits (objectif 1) s'est butée à la faible formalisation écrite qui aurait pu être produite en dehors de la formation, d'autant que celle-ci n'a pas pour mandat de préciser les usages, au sens où nous l'entendons, mais bien de transmettre l'utilité et la bonne utilisation de l'OÉMC.

Conséquemment, les écarts observés entre ce qui est attendu ou espéré quant aux usages de ces mêmes outils sont bien présents et bien éclatés. Nous présentons un tableau qui reprend les principaux constats, en lien avec les trois premiers objectifs de notre thèse.

Tableau 10 : Synthèse des résultats concernant l'OÉMC, ses usages effectifs, ses usages prescrits et leurs écarts

	USAGES EFFECTIFS	USAGES PRESCRITS	ÉCARTS
OÉMC	L'OÉMC a une valeur clinique : il permet aux intervenants de faire leur travail, de connaître les usagers, de prendre des décisions et de gérer une partie de leur travail (ex. pour déterminer l'admissibilité aux services).	L'OÉMC est un outil clinique	Les intervenants peuvent nommer la valeur clinique de l'OÉMC, mais ils sentent que ce n'est pas ce qui est priorisé par leur organisation.
	Compléter des OÉMC est une activité perçue comme étant avant tout administrative.	L'OÉMC est aussi un outil utile pour la gestion, avec des avantages organisationnels : il fournit des informations utiles au MSSS et aux organisations et il soutient la circulation des informations entre les établissements.	L'utilité et le sens clinique sont subordonnés à l'utilité managériale (reddition de compte, performance organisationnelle)
	Travail ardu pour atteindre la cible de 90% des clients du soutien à domicile ayant un OÉMC et un PI	Tout usager qui reçoit des services du soutien à domicile doit avoir un OÉMC et un PI de complétés à son dossier.	La cible de performance est connue et rappelée aux intervenants. L'écart volumétrique tend à se réduire d'année en année.

	<p>L'utilité de l'OÉMC (le SMAF) tient beaucoup aux usages concrets qui y sont associés, notamment pour l'accès aux services qui est déterminé par le profil Iso-SMAF</p> <p>Les intervenants accordent une valence positive à la production du score, mais ils regrettent que les données qualitatives de l'OÉMC (hors du SMAF) et le jugement clinique soient trop peu considérés.</p>	<p>L'admissibilité aux services est déterminée en fonction du profil Iso-SMAF</p>	<p>Les espaces de négociation des services pour les profils atypiques sont restreints.</p> <p>Les organisations n'ont pas toute la marge de manœuvre pour décider des déterminants de l'accès aux services (ex. hébergement).</p>
	<p>TS/TTS complètent davantage d'OÉMC que les autres professionnels formés.</p> <p>Les autres professionnels priorisent leurs outils disciplinaires ou utilisent l'OÉMC pour répondre à leurs besoins disciplinaires.</p>	<p>Tout intervenant formé peut remplir l'OÉMC formation préalable est obligatoire.</p> <p>L'OÉMC n'est pas un outil disciplinaire.</p>	<p>L'attribution de l'outil aux intervenants sociaux disciplinarise l'outil.</p> <p>Peu de travail interdisciplinaire autour et avec l'OÉMC.</p>
	<p>La synthèse devient un outil en soi et peut servir à compléter d'autres outils (ex. notes, référencement).</p>	---	-Catachrèse-
SMAF social	<p>Le SMAF social est rempli par obligation, sans utilité perçue.</p> <p>Le score produit n'a pas de sens clinique et n'est pas considéré dans l'accessibilité aux services.</p>	<p>En principe, les intervenants sociaux pourraient s'en servir pour faire une intervention psychosociale.</p>	<p>Les intervenants ne comprennent pas l'utilité et ne voient pas d'usage à cet outil.</p>
	<p>Le SMAF social est complété, mais souvent avec des cotes non fiables.</p>	<p>Le SMAF social est obligatoire pour valider l'OÉMC</p>	<p>Un écart entre le fait de compléter et la qualité des données.</p>
OÉMC	<p>Faire un OÉMC comporte une succession de tâches qui déborde le temps passé à remplir l'outil.</p> <p>Recherche de stratégies pour gagner du temps</p>	---	<p>Le temps inscrit dans la statistique dans I-CLSC est celui passé en présence de l'utilisateur.</p>
Plan d'intervention	<p>PI rédigé globalement, selon le temps disponible et les embûches rencontrées (ex. trouver les ressources dans les bandes déroulantes).</p> <p>Ne correspond pas toujours aux besoins identifiés.</p> <p>Préoccupation pour les réponses vs les besoins.</p>	<p>Le PI est en continuité avec l'OÉMC</p>	<p>Le PI n'a aucun sens, dans son format actuel et est non fiable, jamais consulté. Fait uniquement par obligation.</p>
	<p>Pour savoir ce qui est véritablement fait, le PI n'est pas le meilleur outil. Il vaut mieux consulter la synthèse de l'OÉMC, les notes évolutives et les formulaires de référencement.</p> <p>Le format (bandes déroulantes) va à l'encontre de la singularisation</p> <p>Difficulté à maintenir à jour le PI. Les notes évolutives sont les véritables dépositaires des mises à jour des PI et de l'OÉMC.</p>	<p>Le PI sert à monitorer les services et permet de savoir ce que l'utilisateur reçoit comme services.</p> <p>Il devrait être le plus complet et le plus singularisé possible. Importance de la mise à jour des PI.</p>	<p>Idem</p> <p>Plusieurs catachrèses, utilisation d'autres outils à la place du PI</p>
	<p>Ce qu'il est convenu de consigner dans le PI n'est pas compris.</p>	<p>La formation sur les PI relève des formations disciplinaires initiales</p>	<p>Pas de formation de mise à jour même si le besoin est là</p> <p>Lors de la formation RSIPA, accent mis sur</p>

			les techniques informatiques.
	Faible utilité perçue qui impacte sur ses usages puisque le PI se révèle un ajout à la charge de travail.	Les PI font partie de la reddition de compte et leur importance serait accrue dans une éventuelle réforme du mode de financement qui serait attaché au PI.	Écart entre ce que les intervenants savent de l'importance du PI et leur représentation clinique de sa pertinence actuellement.
	Le module électronique du PI est un vrai casse-tête opérationnel et un grand irritant qui influence la qualité du PI. Les bandes déroulantes censées faire gagner du temps, augmente le temps consacré à sa rédaction parce qu'ils ne trouvent pas ce qu'ils cherchent.	L'informatisation devrait faciliter la création et la mise à jour des PI.	Aversion unanime vis-à-vis la forme actuelle du PI qui est un outil insensé.
	Pas de distinction réelle entre les PI qui sont le plus souvent considérés disciplinairement. Plusieurs plans d'interventions disciplinaires (PID) ne se trouvent pas dans le RSIPA	Il existe différents PI : PID, PII, PSI. Chaque PI a ses fonctions.	La dispersion des PI : dans les notes, le RSIPA, la synthèse de l'OÉMC et dans les formulaires de référencement contrevient à la fonction intégrative des PI.
	Actuellement, les PI ne soutiennent ni la coordination des services ni la collaboration interprofessionnelle.	Les PI devraient soutenir le travail collaboratif	Le PI n'a trouvé aucun usage actuellement.
	Tous les partenaires n'ont pas accès aux mêmes plates-formes et certains exigent des modes de partage d'informations non technologiques ou de bas niveaux.	L'informatisation facilite les échanges	L'informatisation ne règle pas tous les problèmes et elle en crée même.
	Les formulaires de référencement sont nombreux et la coexistence des formats papier et électronique n'élimine pas les duplications. Même lorsque des versions électroniques existent, elles ne permettent pas toujours une transcription fluide des informations	L'informatisation évite de dédoubler les informations. L'informatisation devrait réduire ou remplacer le foisonnement de formulaires	Les références représentent une tâche cliniquement requise, mais totalement absorbée par la production de documents redondants ayant une forte incidence sur le travail, sa productivité et son efficacité.
	La charge mentale des intervenants est affectée par le nombre de formulaires, par le manque de convivialité des outils, qu'ils soient ou non standardisés, mais aussi par l'ambiance de changement permanent à leur propos : changement de formulaire, de procédure, nouvelles obligations qui s'ajoutent aux autres, etc.	Une kyrielle de prescriptions de formulaires et moyens de transmission singulière à chaque partenaire interpellé.	Peu de considération pour l'impact des formulaires et des procédures sur le travail des intervenants.
Les notes évolutives	Les stratégies compensatrices aux manques et aux défaillances de l'OÉMC, des PI et du RSIPA sont souvent mobilisées les notes évolutives. Les usages des notes évolutives permettent de parfaire les autres outils ou de contourner leurs dysfonctionnements ou leurs carences. Elles ont ainsi une fonction prothétique.	Normes de certains ordres professionnels	Beaucoup de variations dans la manière de concevoir l'utilité des notes évolutives, leur contenu, leur structure. Le délai de rédaction et le contenu semblent le plus souvent laissés à l'arbitrage des intervenants.
	Les notes sont un outil, qui offre un espace de création, d'utilité et d'usages qui se tient à l'abri, dans une certaine mesure, du registre normalisé		La note évolutive est l'outil le moins standardisé, bien que transversal à l'ensemble

			des disciplines, et néanmoins parmi les plus porteurs de sens.
--	--	--	--

Après avoir répondu aux trois premiers objectifs, nous allons maintenant effectuer un deuxième niveau d'analyse en nous intéressant au quatrième objectif qui concerne les conditions d'usages de l'OÉMC.

3.3 Les conditions qui modulent l'usage de l'OÉMC

Dans la section précédente, nous avons traité des trois premiers objectifs de manière concomitante, en exposant l'effectif, le prescrit et les écarts pour chacun des outils éclairant notre observatoire, l'OÉMC (2009). Étant donné que, pour l'essentiel, les conditions qui modulent son usage (objectif 4) sont en gros partagées par l'ensemble des outils, il nous a semblé opportun d'en faire un traitement transversal. Pour répondre à ce quatrième objectif, nous avons considéré différentes conditions qui agissent comme modulateurs des usages. Bien qu'il faille penser leurs nombreuses interactions, nous allons d'abord les présenter par groupes, à partir des pôles du modèle de Rabardel : le sujet, ici l'utilisateur des outils, l'outil, l'objet et le contexte.

3.3.1 L'utilisateur

Le sujet du modèle de Rabardel (1995) est ici considéré essentiellement dans son rôle d'utilisateur des outils. Il est appréhendé à travers sa formation, ses connaissances, ses expériences, ses habiletés, ses croyances, son style, etc., et aussi en lien avec son groupe professionnel d'appartenance, par l'entremise du concept de genre professionnel (Clot & Faïta, 2000). L'utilisateur est le plus souvent le premier pôle ciblé pour analyser les

usages. Il devient, dans une perspective techniciste, la première cause des défaillances, et l'emphase des mesures de redressement des déviations et des problèmes passent par des actions orientées vers lui. Les formations vont par exemple viser à susciter son intérêt en démontrant l'utilité de l'outil et de ses prescriptions quant aux bonnes utilisations (manières de faire) attendues. Nous allons décrire les conditions associées à l'utilisateur non seulement en termes de préalables de l'usage (ex. formation, connaissances), mais aussi du point de vue des rapports qu'entretient l'utilisateur avec l'outil et les systèmes, ainsi que l'expression du style et du genre professionnel qui lui permettent, entre autres, d'arbitrer les exigences et les consignes du travail.

Formations, connaissances et expérience de l'OÉMC

Même si notre échantillon comportait quelques intervenants nouvellement gradués, aucun n'avait souvenir que l'OÉMC et ses outils compagnons leurs avaient été présentés dans le cadre de leur formation initiale disciplinaire, et ce, toutes disciplines (travail social, soins infirmiers ou réadaptation) et tous niveaux confondus (technique, baccalauréat ou maîtrise). La connaissance de l'outil d'évaluation OÉMC a été développée une fois en poste dans le programme SAPA.

Son utilité n'a jamais été remise en question; s'ils avaient le choix des outils pour intervenir, tous les participants conserveraient l'OÉMC, mais amendé. Ultimement, le travail au SAPA ne s'envisage pas sans cet outil. Le fait que l'accès à plusieurs services soit déterminé par le profil Iso-SMAF contribue pour eux clairement à son utilité perçue, en ce sens que l'OÉMC a un réel impact sur la « capacité à faire » des intervenants. Ce ne sont pas les profils qui sont remis en cause, mais la dérive d'usage qui fait en sorte qu'ils

sont seuls à être considérés dans l'octroi de services, sauf quelques rares exceptions de négociations avec le supérieur immédiat pour le site 2.

Le développement des habiletés à utiliser l'OÉMC

La formation ou l'expérience dans le SAPA ou avec les personnes âgées ne constituent pas une condition déterminante pour savoir ce qui doit être documenté avec l'OÉMC. C'est plutôt l'intensité de l'utilisation qui fait une différence dans sa maîtrise. Ainsi, l'aisance et la connaissance du contenu de l'OÉMC (2009) apparaissent plus grandes chez les intervenants sociaux, à qui on demande de faire un grand nombre d'évaluations. Un gestionnaire et un intervenant (d'une autre discipline que le travail social) nous ont permis de sortir de l'explication usuelle à l'effet que ce sont les approches systémiques enseignées dans les formations disciplinaires du travail social, qui expliqueraient l'aisance de ce groupe à compléter l'OÉMC³⁴. Le gestionnaire rapporte que, pour contrer l'opposition d'un intervenant qui se plaignait de ne pas avoir le temps et de ne pas voir l'utilité pour son travail de compléter des OÉMC, il lui a demandé de participer au blitz en le libérant d'une partie de ses tâches disciplinaires habituelles.

Ce qu'on a fait de particulier ici c'est que j'ai ciblé un territoire où est-ce que j'ai demandé à mon infirmier « Regarde, je t'offre l'opportunité de te mettre à jour dans tes OÉMC, je vais te libérer pour que tu les fasses. Je ne te libère pas à temps plein, mais tu me dis telle semaine [...], envoie-moi quelqu'un pour me remplacer puis je pourrais t'en faire trois. » Je l'ai accommodé de cette façon-là parce que c'était quelqu'un qui ne croyait pas dans l'utilité de l'outil multiclientèle. Mais en complétant ses outils, il a compris certaines choses du client qu'il ne savait pas.

Donc, par exemple, quand tu lui demandes l'historique de vie, qu'est-ce que vous faites [...] « Ah ben moi mon cher garçon, je suis capable d'aller faire mon épicerie, pis je sors la fin de semaine, je vais jouer au bingo », donc là, mon infirmier se demande « bon ben ok, pourquoi qu'il est aux soins à domicile, il devrait peut-être aller en soins courants, maintenir son

³⁴ Bien que répandue, cette explication n'est pas tout à fait juste car d'autres disciplines enseignent aussi ces approches globales.

autonomie, s'il est capable de faire des sorties ». Puis il a réussi à mieux orienter le client au bon service, grâce aux outils multicientèles.

Donc à force d'en faire, il a commencé à croire en l'outil. Pis il l'utilise, c'est le seul qui se garde à jour au niveau nursing là t'sais, il est vraiment, lorsqu'il en a un à faire il le fait, parce qu'il comprend qu'il va apprendre à connaître son client. (2-G002)

Cet intervenant avait reçu la formation OÉMC, mais il n'en était pas moins réticent à mettre en pratique ce qui lui avait été enseigné, ce qui montre que ce n'était pas fondamentalement un défaut de connaissances, ni un manque de formation qui expliqueraient le manque de sens accordé à l'outil. Cette décision a eu pour effet de lui permettre d'approfondir les connaissances du contenu de l'outil, d'augmenter ses habiletés pour le compléter plus rapidement et aussi d'accroître sa capacité à faire des liens entre l'OÉMC et ses outils disciplinaires, voire même de les bonifier. Aujourd'hui, cet intervenant est une référence mobilisatrice et une ressource pour transmettre le sens que peut prendre l'OÉMC pour des professions autres que celles du social. Il partage les trucs qui lui permettent d'intégrer l'OÉMC dans son travail et d'en retirer de la satisfaction. L'OÉMC n'est plus une charge supplémentaire de travail ni une tâche insensée. C'est l'activité plutôt que la tâche qui lui a permis de renverser sa réticence, en adhésion.

Nos données ont montré que lorsqu'il est question d'un outil informatisé, d'autres connaissances et habiletés que celles associées à l'intervention disciplinaire et professionnelle, ou à l'évaluation instrumentée comme telle, peuvent venir moduler l'usage. C'est le cas des habiletés de base à manipuler des logiciels ou un ordinateur, et à connaître les fonctions de base qui peuvent augmenter l'aisance, la rapidité et l'efficacité pour utiliser l'outil.

Vous avez été témoin, du mode de fonctionnement pour vous dire comment je travaille ici avec l'OEMC, ici à travers notre collecte de données du SYMO. C'est plutôt des petits trucs que j'ai développés, personnels, que j'ai partagés avec mes collègues à cause des demandes quand il y a eu le Blitz des OEMC [...] une moyenne de 4-5 OEMC par jour, *ad nauseam*.

Ça fait que, avec ce petit truc-là, j'ai dit bien : « on devrait fonctionner avec notre système ». Il est là, il est complet, à quelques détails près. [...] L'outil nous est rentré dans la tête définitivement. Ça fait que, à travers la collecte de SYMO, [...] on prend deux minutes de plus dans une visite, on pose quelques questions de plus [...] Mais ça, c'est une question de maîtrise de l'outil tout simplement, parce que j'ai commencé à maîtriser légèrement l'outil et, ça va beaucoup mieux, mais ça tout est dans la pratique. (2-i002)

Ce groupe de connaissances et d'habiletés semble actuellement peu pris en compte dans les formations ou, du moins, pas comme objet distinct de formation ou de soutien technique qui prolonge (ou devrait prolonger) la formation. Or, il est clairement apparu que l'habileté informatique appuie la recherche d'efficacité et d'économie d'effort qui est toujours présente quand on parle des outils. C'est ainsi que les intervenants qui ne connaissent ni ne comprennent, des fonctions simples comme le copier-coller, passent plus de temps et d'énergie à compléter l'OÉMC et les autres outils qui requièrent bien souvent de transcrire les mêmes informations. Cela produit une expérience négative, qui se cristallise *in fine* en aversion durable.

Je suis une fille papier [...] Je ne suis pas une fille techno [...] Moi ça m'allégerait beaucoup [d'enlever l'ordinateur]. Je ne suis pas une personne qui est vite au niveau de l'ordinateur. Quand c'est bogué, c'est bogué. (2-TTS006)

C'est sûr que, comme je dis, quelqu'un qui est habile au niveau informatique, tu sauves énormément de temps. (2-R001)

Croyances et rapport aux outils à la technologie

En outre d'une faible littératie informatique, il est possible de rencontrer chez certains intervenants des croyances négatives, voire technophobes, mais cela ne constitue pas une condition surdéterminante. Cette condition défavorable mineure est cependant exacerbée par l'expérience des ratés informatiques (logiciel, ordinateur, connexion, soutien technique, etc.). Du point de vue des répondants, le MSSS a manqué de réflexivité à l'égard des choix technologiques faits pour le RSIPA quand ils comparent à ce qu'ils connaissent et qui fonctionne bien (ex. : SYMO). Il semble que tout est mis en œuvre pour faire du RSIPA l'unique plate-forme approuvée, incontournable et indiscutable, et ce, même si d'autres plates-formes sont utilisées et recueillent davantage de satisfaction des utilisateurs en raison de leur plus grande convivialité. Ici, il n'est donc pas question que d'habiletés avec les technologies, car même les plus technophiles émettent plusieurs réserves à l'encontre du RSIPA et de sa convivialité. Les avantages, qu'ils soient de principe, anticipés ou expérimentés, ne font pas le poids face aux barrières rencontrées dans l'usage du RSIPA, peu importe le rapport à la technologie entretenu par les utilisateurs.

Le style et le genre professionnels

Les concepts de style et de genre utilisés par Clot et Faïta (2000) sont pertinents ici pour parler des conditions associées aux utilisateurs de l'OÉMC. Par genre, ils entendent un geste dont la forme est partagée dans ces grandes lignes par dans un milieu professionnel ou par une catégorie d'acteurs, acquis par la socialisation professionnelle puis l'expérience commune. Le style représente l'autonomisation du geste, la manière

personnelle de faire le geste, d'un sous-groupe (le style de l'action), voire d'un individu³⁵.

La manière dont les intervenants conçoivent leur travail et leur légitimité de faire autre chose que de compléter les outils relèvent du style beaucoup plus que du genre dans ce qu'il nous a été permis d'observer. Aux exemples déjà fournis, ajoutons ceux-ci, qui concernent le PI. Deux intervenantes procèdent d'une manière bien à elles quand elles réfèrent un usager à un organisme communautaire. Elles conçoivent qu'intervenir ne se résume pas uniquement à donner un numéro de téléphone pour que l'utilisateur fasse lui-même la démarche, car par expérience, la plupart ne la feront pas. L'une d'elles (1-TTS003) a donc développé une stratégie pour s'assurer que la démarche sera faite. Elle dit aux usagers : « Je vous donne une semaine pour téléphoner et je vais vous rappeler pour voir ce que vous avez fait et décidé ». Parfois, elle leur demande à combien ils estiment leur motivation à faire la démarche : « Êtes-vous sûr à 10%, à 50%, que vous allez appeler ? ». L'autre (1-TTS004) inscrit toujours à son agenda une relance quand elle laisse des coordonnées pour que l'utilisateur fasse une telle démarche. Elle convient

³⁵ Le genre professionnel peut être présenté comme une sorte de préfabriqué, stock de « mises en actes », de « mises en mots », mais aussi de conceptualisations pragmatiques (Samurçay et Pastré, 1995), prêts à servir [...] C'est aussi une mémoire pour *pré-dire*. C'est dans ce qu'il a d'essentiellement impersonnel que le genre professionnel exerce une fonction psychologique dans l'activité de chacun. Car il organise les attributions et les obligations en définissant ces activités indépendamment des propriétés subjectives des individus qui les remplissent à tel moment particulier. Il règle non pas les relations intersubjectives mais les relations interprofessionnelles en fixant l'esprit des lieux comme instrument d'action. C'est à travers lui que les travailleurs s'estiment et se jugent mutuellement, que chacun d'eux évalue sa propre action [...]. Mais voilà, le genre n'est pas amorphe : parce qu'il est moyen pour agir efficacement, sa stabilité est toujours transitoire [...] il n'est pas seulement organisation, il est également instrument, au sens où l'entend Rabardel (1995, 1999), constamment exposé à l'épreuve du réel ; pas seulement contrainte à respecter mais ressource à renouveler et méthode à ajuster. Celui ou ceux qui travaillent agissent au travers des genres tant qu'ils répondent aux exigences de l'action. Du coup, quand c'est nécessaire, ils ajustent et retouchent les genres en se plaçant également en dehors d'eux par un mouvement, une oscillation parfois rythmique consistant à s'éloigner, à se solidariser, à se confondre selon de continues modifications de distance qu'on peut considérer comme des créations stylistiques [...] Le style individuel, c'est avant tout la transformation des genres dans l'histoire réelle des activités au moment d'agir, en fonction des circonstances [...] Les genres restent vivants grâce aux créations stylistiques. Mais, inversement, la non-maîtrise du genre et de ses variantes interdit l'élaboration du style. (pp. 14-15).

habituellement avec l'utilisateur du moment de la relance. Pour cette intervenante, les résultats des démarches qui sont laissées à l'utilisateur doivent être validés. Si l'utilisateur n'a pas fait les démarches, il faut savoir pourquoi et le soutenir au besoin. Ces façons de faire se sont imposées à ces intervenantes (mais pas à l'ensemble), lorsqu'elles ont dans le passé cru à tort que les services étaient en place, alors qu'il n'en était rien. Un autre exemple qui s'applique à certains organismes communautaires montre bien que cette relance est nécessaire. En plus de la référence professionnelle qui leur est acheminée, certains organismes communautaires demandent à ce que les usagers les contactent pour confirmer leur accord avec la référence et, à ce moment seulement, la demande de services est activée. Alors, de temps en temps, l'intervenante (1-TTS003) fait une tournée des références qu'elle a faites et qu'elle a consignées sur une liste personnelle. Lorsque les demandes ne sont pas activées, elle fait un suivi auprès de ses usagers pour savoir ce qui se passe.

Pour moi, une référence complète implique un suivi auprès de la personne pour s'assurer qu'elle a fait la démarche. (1-TTS003).

Le style est donc présent aussi dans les usages périphériques à l'utilisation des outils. C'est aussi au travers du style qu'advient parfois la singularisation, cette fois appliquée à l'intervenant plutôt qu'à l'utilisateur. Le jugement clinique serait, pour certains, un vecteur important de cette singularisation. Or, le jugement clinique (en tant que produit du raisonnement clinique) demeure dans l'ombre de la contrainte qu'exerce l'OÉMC, notamment l'usage managérial étroit des profils Iso-SMAF comme seul critère d'accès aux services. Toutefois, il semble que le site 1 fasse des efforts pour aménager un espace de négociation pour l'attribution des services au CASSAD par l'entremise d'un outil d'aide à la priorisation (oui, un autre outil maison) qui prend en compte d'autres critères

que le seul profil Iso-SMAF. Sur le site 2, ce sont les discussions possibles avec le chef de service qui crée cet espace. Par exemple, suite à un appel d'une aidante qui décrit les problèmes actuels, l'intervenante (2-TS004) croit que l'augmentation des services est justifiée. Elle va donc en discuter avec son chef de service, sans refaire l'OÉMC, et donc, sans modifier le PI. Cette stratégie contourne la norme en épargnant le temps que prendrait une réévaluation (visée d'efficacité). Cette stratégie se base sur la connaissance de la situation de la personne (qui dépasse ce que révèle le chiffre du profil Iso-SMAF) et sur la disponibilité de la ressource. Ces deux conditions ouvrent un espace de discussion clinique. Il y a dans cette approche quelque chose qui parle de l'expérience de l'intervenante, qui est capable de prendre une distance par rapport à l'application étroite de la norme et qui mise sur ses connaissances cliniques et sur son rôle de représentation de la personne (*advocacy*) pour intervenir sur le cours de l'organisation des services. C'est aussi l'expression d'un pouvoir du sujet qui n'est pas qu'utilisateur d'un outil, mais aussi un professionnel qui a pour mission d'agir sur les situations difficiles que vivent ses usagers et de les transformer. Cet exemple est très éclairant sur la place que cette intervenante octroie à l'OÉMC. Ce dernier apporte certes une contribution à son travail, mais il n'est pas son travail, ou en tout cas son travail pour elle-même. Il nous manque quelques détails, à savoir à quand remontait l'évaluation, si le gestionnaire a accordé la demande d'augmentation de services avec ou sans la mise à jour de l'OÉMC, etc. Quoiqu'il en soit, cet exemple est fort intéressant pour illustrer le fait que l'évaluation n'est pas une activité strictement liée à l'utilisation de l'OÉMC (2009).

Il est intéressant de voir comment le style réussit à se déployer au travers, et parfois en opposition, aux règles. Une intervenante (1-TS005) affirme qu'elle se considère un peu

délinquante parce qu'elle va souvent au-delà de ce qui est attendu d'elle. Elle prend sur elle des choix qui ne correspondent pas forcément aux attentes de l'organisation. En fait, on voit ici le jeu de la réflexivité. Une intervenante peut ainsi être à la fois respectueuse des règles, mais réfléchie quant à leur application, leur pertinence et leur efficacité. La connaissance élargie des problèmes, comme les déterminants sociaux de la santé, semble contribuer à donner du sens au travail, bien que cette vision (ex. : être capable de montrer les conséquences de la pauvreté ou les abus financiers) ne trouve pas nécessairement un chemin au travers des outils, ou du moins des usages qui en sont faits actuellement.

Des fois c'est plus compliqué que ça paraît dans la cote. Je te dis qu'il y en a pour qui je passe énormément de temps à les accompagner dans leurs démarches, des choses comme ça. Ça, je trouve que ça ne se dégage pas dans le nombre d'heures que tu peux prendre pour le client. Le suivi psychosocial, non plus... (2-TTS012)

Quelqu'un qui m'appelle pour un risque d'abus financier ou des choses pour lesquelles il y a des démarches à faire, c'est pas nécessairement d'évaluer son autonomie [qui presse], c'est plus de voir à la protection de cette personne-là, des démarches qui sont à faire rapidement. Ultimement on finit par refaire l'OÉMC, mais c'est surtout pour la mise en place de services. (1-TTS003)

Plusieurs intervenants ont développé des stratégies bien à eux pour travailler mieux, soit pour expliquer aux usagers les questions de l'OÉMC, soit pour compléter l'outil rapidement, soit pour transférer des données dans d'autres outils, etc. Un des exemples les plus parlants concerne cet intervenant qui réussit à combiner sa collecte de données disciplinaires avec celle de l'OÉMC (2009). C'est à lui qu'on réfère maintenant pour expliquer et montrer que cela est possible dans le site 2. Suivant la proposition de Clot et Faïta (2000), ce style pourrait être en voie de devenir un genre.

Il a aussi été possible de dégager certains constats relatifs au genre. En fait, le concept de genre s'est découpé en genre professionnel et en genre organisationnel ou *de milieu*. Le genre professionnel a été rapporté entre autres à travers un archétype qui lie l'OÉMC et les intervenants sociaux. Ainsi, l'appropriation de l'OÉMC par les intervenants sociaux se traduit concrètement par le nombre sensiblement plus grand d'OÉMC complétés par ceux-ci. Du point de vue des professionnels d'autres disciplines, les intervenants sociaux sont plus compétents pour remplir l'OÉMC, car ils en font plus souvent, et aussi parce qu'ils sont mieux formés pour répondre à la dernière grande section de l'OÉMC qui concerne l'histoire sociale. Si l'utilisation optimale de l'OÉMC est attribuée au genre professionnel des intervenants sociaux, d'une certaine manière, l'OÉMC contribue à définir le genre de ces derniers qui n'ont, par ailleurs, que très peu d'outils cliniques disciplinaires qui leur sont spécifiques. Il y a bien sûr l'évaluation du fonctionnement social, que devraient faire les travailleurs sociaux suivant la prescription de leur ordre professionnel. Or, n'eût été des questions dirigées sur cet outil disciplinaire, aucune mention spontanée de cette exigence disciplinaire n'aurait été formulée par les participants. D'ailleurs, les TS ont tous dit qu'ils complétaient leur évaluation disciplinaire « quand ils en avaient le temps », traduisant ainsi une secondarisation de leurs attributs disciplinaires.

Le fait que l'OÉMC (2009) et ses outils compagnons incarnent d'une certaine façon les conceptions fondamentales de l'organisation des services du MSSS crée une force de constitution d'un genre transdisciplinaire, au moins partiellement. L'informatisation des outils produit quant à elle une forme de surveillance, au sens de Foucault (1975), c'est-à-dire qu'elle pousse vers une certaine conformité puisque chacun se sait vu de tous. Par

exemple, quelqu'un qui semble performer davantage n'est pas forcément bien vu par ses collègues, craignant l'établissement d'un standard en leur défaveur. Nous avons observé une intervenante pour qui il semblait impératif de formuler une subtile critique à une collègue, en appuyant sur le fait que sa performance faisait exception, et que tout le monde avait son style...

Le genre organisationnel s'est exprimé le plus souvent par des formules du type « Ici, on fonctionne comme ça » ou « On a développé ceci ou cela ». L'utilisation du pronom « On » réfère au milieu, au collectif de travail, à l'organisation, mais dans une forme réduite, proximale, plus proche de l'entité de secteur que de la grande et impersonnelle organisation qu'est le CISSS ou le CIUSSS.

Enfin, l'activité d'évaluation et l'outil OÉMC se codéterminent donc mutuellement, formant *in fine* un genre en devenir, propre aux utilisateurs de l'OÉMC et de ses outils compagnons. Ce style a trois composantes, chacune d'entre elles étant transformée par les autres : une composante disciplinaire, une composante de métier, celui d'évaluateur, et une composante de milieu, découlant du sentier de dépendance locale conditionnant l'implantation puis la routinisation des outils en question. Par exemple, le site 1 a un long historique en matière d'implantation des outils du RSIPA (parmi les premiers au Québec), alors que le second a implanté le logiciel SYMO. Ces expériences locales conditionnent les représentations et certains usages des outils contenus dans le RSIPA.

Nécessité d'arbitrer les prescriptions avec les exigences du travail

Un point a soulevé notre attention concernant la manière de compléter l'OÉMC (2009) qui mettait en tension une réponse conforme à la bonne manière de faire et un devoir

d'efficacité, à la fois productive et cliniquement sensée. Plusieurs intervenants ont affirmé que l'OÉMC était somme toute peu lu et peu utilisé (sauf pour le score Iso-SMAF qui est produit), qu'il était long à remplir et qu'ils étaient constamment à la recherche de moyens pour être plus efficace (ex. : en se demandant si un SMAF ne suffirait pas dans certaines situations, ce qui contrevient à la prescription). En même temps qu'était affirmée cette recherche d'efficacité, nous avons pu observer une hyper vigilance de leur part pour documenter avec force détails chaque point de chacune des parties de l'outil. C'est par exemple, au retour au bureau, au moment de transcrire l'OÉMC dans le RSIPA, nous avons observé que plusieurs intervenants accordaient beaucoup de temps et d'attention à croiser les informations, à les valider, les compléter, en consultant ou sollicitant diverses sources à leur disposition (notes évolutives et évaluations disciplinaires des autres professionnels, évaluations antérieures, téléphone à l'aidant, site internet, etc.), et ce, qu'il s'agisse d'une évaluation ou d'une réévaluation. Une intervenante nous a particulièrement ouvert à ce paradoxe. Elle exprimait un souci d'être précise dans son évaluation. Par exemple, elle s'est butée à la présence de symptômes pouvant être associés à la dépression, mais elle n'avait aucune idée du tableau clinique de ce problème, et n'avait aucune ressource « sous la main », et ne connaissait aucun outil qui lui aurait permis de systématiser le repérage des signes de manière à inciter le médecin à aller plus loin dans la validation de cette hypothèse et à, éventuellement, formuler le bon diagnostic. Au final, ce questionnement n'a produit aucune nouvelle démarche et n'a engagé aucun comportement spécifique, parce que c'était trop compliqué. Aller de l'avant dans la quête d'une information plus rigoureuse allait la retarder dans sa production de l'OÉMC. Est-ce un comportement habituel ou

plutôt le reflet d'une représentation qu'elle était évaluée à l'aune de sa capacité à «faire des OÉMC», et qu'elle voulait montrer qu'elle était une intervenante précise, bienveillante, consciencieuse... dans sa manière de faire l'évaluation? Ce comportement minutieux à propos du remplissage de l'OÉMC est coûteux en temps, mais ne lui a pas permis de constituer une expertise clinique qui augmenterait sa capacité à agir plus fondamentalement sur sa compétence évaluative à propos du tableau dépressif. Cette focalisation sur l'interne de l'évaluation produit une sorte d'enfermement ultimement coûteux en temps et faiblement habilitant. Ce comportement a aussi été rencontré chez d'autres intervenants observés. En fait, il y a non seulement le désir de bien faire les choses (au sens de bien compléter l'OÉMC), mais aussi la conscience que les autres collègues l'évaluent constamment, puisque les outils sont disponibles et partagés entre évaluateurs. Le jugement des collègues est différent de celui des supérieurs hiérarchiques en ce qu'il s'attarde au contenu plutôt qu'au volume de production. Une autre intervenante le dira d'ailleurs, en précisant que lorsqu'elle lit les OÉMC complétés par d'autres, elle trouve qu'il manque souvent de détails. Donc, ce n'est pas seulement l'outil qui transforme l'utilisateur, mais le fait qu'il soit partagé. Une intervenante dira d'ailleurs cela très explicitement; elle sait que le SMAF est envoyé aux ressources privées d'hébergement pour qu'ils aient en main le profil fonctionnel de la personne. Elle se garde alors de formuler certains commentaires qui apporteraient des précisions, sans pour autant altérer le profil, parce qu'il y a des ressources respectueuses de la confidentialité et d'autres moins. Il s'agit d'un exemple intéressant qui montre comment un usage redéfinit, en partie, la manière de compléter un outil, même standardisé. Il s'agit aussi de l'illustration d'une incorporation de l'utilisation prescrite transmise dans la formation à

l'OÉMC qui demeure agissante longtemps après que les utilisateurs y aient été exposés. Coexistent ici une double évaluation, celle de la productivité que font les supérieurs des intervenants au regard de leur capacité à atteindre les cibles volumétriques des outils cliniques complétés et celle qualitative que font les collègues qui s'attendent à trouver dans les outils complétés toutes les informations dont ils ont besoin pour intervenir à leur tour.

La très grande majorité des participants ont affirmé avec transparence ne pas toujours faire exactement ce qui leur est demandé, ni ce qu'ils savaient être attendu par l'organisation ou par les autres prescripteurs que sont les concepteurs de l'outil, les formateurs et les ordres professionnels. En plus du discours allant en ce sens dans le cadre de la première partie thématique de l'entrevue, plusieurs ont manifesté de l'inquiétude au moment d'ouvrir le RSIPA (méthode de l'autoconfrontation dans la troisième partie de l'entrevue), à savoir une hésitation quasi honteuse à l'idée qu'ils n'avaient peut-être pas complété un PI dans la situation qu'ils venaient d'exposer dans le récit d'explicitation lors de la deuxième partie de l'entrevue. Cette posture, non-alignée avec les attentes des prescripteurs, ne traduisait pas que de l'opposition de la part des intervenants à l'encontre de la prescription, mais elle indiquait aussi, d'une certaine manière, que l'arbitrage des prescriptions et leur mise en cohérence se déroulent sur un terrain qui dépasse celui des tâches, soit dans l'espace de l'activité. L'espace de l'activité requiert par nature une marge de manœuvre pour tout travailleur, y compris celui à qui l'on exige qu'il fasse usage d'un outil porteur de standardisation.

Donc, il y a beaucoup de dédoublement à travers les programmes [informatiques] qui nous retarde. Ce qui fait que dans la demande, l'attente du Ministère, d'efficience, d'efficacité, c'est l'inverse [qui se produit], ce qui nous donne du dédoublement de travail et ce qui est, malheureusement,

du « temps client » perdu. C'est pour ça que je finis toujours avec ma phrase fétiche connue de mes collègues, connue de mes cadres : « le temps client, est-ce la priorité? » Oui, merci. Enlevez-nous le plus d'irritants possibles et vous aurez du temps client. Arrêtez de nous en rajouter.
(2-i002)

La marge de manœuvre est certes individuelle, mais elle concerne aussi celle dont disposent les équipes de travail. Nous avons pu observer des marges de manœuvre dans l'organisation du travail qui sont très diversifiées selon les sites, les professions et les prescriptions locales du travail. Car les équipes de travail se constituent aussi en lieux où sont forcément réinterprétées les prescriptions générales du travail, précisément pour les rendre localement adéquates au contexte de leur mise en œuvre. Dans certaines équipes de travail, les demandes organisationnelles suscitent aussi la discussion et la recherche d'arguments pour faire valoir le point de vue du groupe auprès de leur gestionnaire.

Les conditions associées à l'utilisateur jouent sur plusieurs tableaux et il devient difficile de concevoir que seules les formations qui visent à développer des connaissances et des habiletés de base à manier l'outil suffisent à mettre en place les conditions d'usage. L'activité permet d'identifier que certaines conditions émergent au fil du temps comme le rapport aux technologies et l'expérience de l'outil, la compréhension des règles organisationnelles, l'arbitrage des nombreux outils et consignes, la recherche d'efficacité clinique conjugée au volume d'activité, etc.

3.3.2 Les outils

Rabardel spécifie que l'instrument peut à la fois être l'outil et le système, ce qui veut dire que nous devons considérer l'OÉMC, ses outils-compagnons qui le prolongent ou le complètent comme formant un tout, comme faisant système. Il en va de même pour le

RSIPA qui n'est pas qu'un contenant, un format d'outil. Il y a une logique de conception et un certain travail qui est fait par cet outil. Les conditions associées à l'outil seront ici présentées en termes d'utilité, de format, de contenu, d'utilisations et d'articulation avec d'autres outils.

Utilité perçue de l'OÉMC

Les participants ont souligné la valeur de l'OÉMC tout en reconnaissant ses écueils. Malgré ces derniers, la satisfaction à l'égard du contenu de l'outil est grande, sauf pour ceux qui s'attendent à trouver la même profondeur et les mêmes détails qu'ils ont avec leur outil d'évaluation disciplinaire. Personne, toutes disciplines et tous milieux confondus, n'a souhaité mettre de côté l'OÉMC, même dans un jeu hypothétique de total et libre choix des outils cliniques. C'est le seul outil qui a fait l'unanimité quant à son utilité globale. Même si son utilité clinique a tendance à s'effacer au profit de la reddition de comptes, l'OÉMC a quand même conservé la valeur de faciliter une connaissance fondamentale et multidimensionnelle de l'usager, condition primordiale de l'intervention clinique. Le message d'utilité de l'outil, transmis dans la formation, a bien passé et a été bien assimilé. Il refait spontanément surface quand sa légitimité est questionnée. Mais cela ne veut pas dire que certaines constituantes de l'outil ne sont pas remises en question. Certains participants ont même fait un travail de consultation auprès de leurs pairs pour lister les questions ou les formulations qu'ils estiment qu'elles devraient être modifiées, voire disparaître.

Format de l'OÉMC

Parmi les changements souhaités, une chose est claire : sa longueur ne sert pas très bien l'efficacité recherchée et exigée. D'ailleurs, un participant a très bien traduit ceci par

l'expression « Il ne faut pas penser que si on ajoute des choses, il va s'améliorer. Pas nécessairement! » (1-TS013). La longueur de l'outil, en plus des nombreuses actions qui découlent de l'évaluation, incite parfois les intervenants à chercher un moyen économe tout en étant efficace de faire ce qui est jugé nécessaire et utile, mais sans plus. Ainsi, une intervenante se questionnait sur l'obligation et la pertinence de faire un OÉMC complet pour une situation précaire; elle se demandait si une mise à jour du SMAF ne serait pas plus appropriée et suffisante, puisqu'au final, c'est ce qui compte pour attribuer les services.

Contenu de l'OÉMC

Selon la discipline de l'évaluateur, certaines parties de l'OÉMC sont remises en question ou à tout le moins, sont perçues comme moins pertinentes et plus ardues à documenter. Par exemple, les infirmiers/infirmières disent avoir de la difficulté à compléter la partie psychosociale de l'OÉMC; tandis que les intervenants sociaux trouvent qu'il y a peut-être trop de détails à inscrire dans la partie santé.

Utilisations de l'OÉMC

Si certaines caractéristiques appartiennent en propre à l'outil, d'autres concernent son utilisation, notamment sa fréquence. Un participant a expérimenté que la manipulation occasionnelle de certains outils rend leur utilisation plus complexe et moins efficace.

Par ailleurs, malgré la durée de son existence et aussi malgré que certains intervenants l'utilisent depuis plusieurs années, il semble que la confrontation de l'outil avec la réalité des situations rencontrées appelle à des mises à jour et de l'accompagnement en cours d'utilisation et dans la durée.

Articulation de l'OÉMC avec d'autres outils

L'informatisation de l'OÉMC (2009) a modestement changé l'outil, sauf pour les zones de texte à compléter en champs libres qui limitent le nombre de caractères. Ici, on voit bien comment le RSIPA est plus qu'un support de l'OÉMC, qu'il expose ses propres règles. Par exemple, le nombre maximal de caractères dans certaines boîtes interactives ou l'absence d'espace pour ajouter des compléments d'information agacent plusieurs intervenants, ce qui génère des pratiques adaptatives de contournements de ces irritants. La complexité du système RSIPA fait aussi en sorte que les mises à jour de l'outil ou des compléments d'information seront plus rapidement et plus efficacement consignées dans les notes évolutives, plutôt que dans la version qui se trouve dans le RSIPA.

La faible interopérabilité des outils informatisés, soit le fait que les divers dispositifs informatiques ne puissent aisément communiquer entre eux, est un enjeu systémique crucial qui oblige les intervenants à inscrire les mêmes informations sur les différentes plates-formes (c'est notamment le cas des mises à jour des charges de cas) ou encore qui fait en sorte que plusieurs systèmes doivent être consultés pour avoir l'information recherchée. C'est une des raisons pour laquelle les intervenants qui ont besoin d'avoir rapidement un portrait de la situation d'un usager vont faire plusieurs appels téléphoniques pour savoir où en est l'usager. Ils estiment, à tort ou à raison, que le bon vieux téléphone sera plus efficace que la solution informatique pour obtenir la bonne information.

Il est aussi possible de parler d'interopérabilité appliquée aux outils de faible niveau technologique qui jalonnent l'activité clinique, notamment les divers formulaires maison

présentés sur papier, en format PDF, format Excel, et autres formats divers. Ainsi, il serait possible de les rendre disponibles, utilisables et circulables dans le système RSIPA, de diminuer leur nombre et surtout d'harmoniser les méthodes de partage (papier, télécopies, courriels, etc.) pour diminuer les duplications d'informations et ainsi rendre le travail plus efficace.

Au total, l'OÉMC semble peu remis en question. Mais son utilisation au moyen d'un ordinateur directement à domicile est largement appréhendée par plusieurs intervenants. Dans cette perspective, il faut considérer que la version électronique de l'OÉMC diffère un peu de la version papier et surtout qu'elle influence son utilisation. Certains ont déjà essayé de l'utiliser ainsi, mais plusieurs difficultés rencontrées les ont découragées de poursuivre. Il a été noté que la plupart du temps, ce n'est pas efficace parce que ça prend trop de temps pour se brancher : la connexion internet n'est pas souvent bonne et il arrive que le flux du réseau soit fluctuant, ce qui occasionne la perte de données qui ne se sont pas enregistrées. En d'autres mots, ce n'est ni efficace ni commode. En fait, les intervenants considèrent qu'ils arrivent à bien peu de résultats pour beaucoup d'efforts et d'énergie et que le papier est encore le meilleur allié.

Côté désavantage, c'est vraiment le réseau informatique qui peut [lâcher].
Il faut toujours que tu gardes une version papier à côté de toi parce que ça peut te planter dans la face à tous moments. (2-R001)

D'autres considérations ont aussi été mentionnées pour ce qui concerne l'utilisation d'un ordinateur à domicile. Même si certains ont souligné qu'ils avaient quelques collègues qui utilisaient fréquemment l'ordinateur portable à domicile, il ne nous a pas été donné de les rencontrer dans le cadre de notre étude. Toutefois, plusieurs ont essayé... Au nombre des difficultés rencontrées se trouvent le manque d'habileté pour écrire

rapidement ou le fait que les données qui sont apportées par l'utilisateur le sont parfois dans un ordre autre que celui que propose l'outil. Comme il n'est pas aisé de chercher et de trouver le bon endroit où consigner ces informations, ce décalage entre le dit et l'écrit rend difficile un usage efficace de l'OÉMC (2009). Les participants considèrent qu'ils auront de toute façon à revoir leur évaluation, une fois de retour au bureau, comme c'était le cas quand seul le format papier était utilisé.

Sans surprise, les réticences du type « L'utilisation de l'ordinateur empêche de regarder l'utilisateur et nuit donc à la relation » ont été soulevées par plusieurs. Un exemple nous a été aussi donné pour un client souffrant de démence, qui bien qu'anecdotique, montre que les intervenants ne sont pas qu'entêtés ou réticents.

Le monsieur [atteint de démence] me disait : « tu n'as pas d'image à ta télévision ». « Tu n'as pas d'image dans ta télévision ». La troisième fois qu'il m'a dit « tu n'as pas d'image dans ta télévision », j'ai fermé la télévision. (2- TTS011)

Il n'est pas apparu clairement que l'OÉMC soutient le travail collaboratif avec d'autres professions, sauf par son côté partageable grâce à son informatisation et le fait que la plupart des intervenants SAPA le comprennent et l'utilisent. Par exemple, dans le cas de l'évaluation pour une ouverture des régimes de protection, un bon nombre de données de l'OÉMC sont utiles et utilisées, mais il semble que les médecins apprécient davantage avoir accès à une évaluation de la clinique mémoire qu'un OÉMC.

Le PI est comme mentionné précédemment, le compagnon naturel de l'OÉMC. Or, faire un PI est vraiment un passage obligé pour plusieurs. De plus, dans sa forme actuelle, il n'a que très peu de lien avec l'OÉMC (2009), ou même avec la mise en place des services. Lors d'une observation, une intervenante dit être contente quand c'est fait,

quand le PI est fini, signifiant par là que cette tâche lui pèse beaucoup et qu'elle est insensée. Elle estime que ce sentiment est partagé par son équipe de travail.

Donc il est fait, il faut le faire, il est révisé annuellement, il est somme toute assez général, mais c'est un outil qu'on ne consulte pas autrement. (1-TS005)

C'est large, c'est nébuleux, c'est lourd aussi comment c'est présenté. (1-TTS003)

Si on ajoute à ce constat la multiplicité des outils avec lesquels chaque intervenant doit composer, cela produit une surcharge mentale : lequel faut-il utiliser, quelles sont ses règles de fonctionnement, etc. L'OÉMC sert à compléter plusieurs outils et il sert aussi à déterminer quels services pourront être envisagés.

3.3.3 L'objet

L'objet est entendu dans les termes de Rabardel par « ce vers quoi l'action à l'aide de l'instrument est dirigée ». Cette composante du modèle d'activité instrumentée a été la plus difficile à extraire des données en raison du poids cognitif des outils dans l'activité de nos répondants. Le fait aussi qu'avec la reddition de compte, l'outil devient moins un moyen qu'une finalité de l'intervention a sans contredit joué dans le brouillage de l'identification de l'objet.

L'objet *autonomie fonctionnelle* se travaille peu en-dehors de l'OÉMC. Des intervenants ont su ou ont pu développer un style d'intervention qui préserve des espaces à l'objet clinique de l'intervention. Mais la tendance de fond nous apparaît néanmoins être celle du renversement logique inattendu de la part des premiers concepteurs de ces outils, c'est-à-dire que ce sont les outils qui deviennent la finalité du travail et non un moyen de l'accomplir.

C'est ainsi, qu'une manière de présenter l'objet est de regarder ce que font les intervenants pour réussir à « faire leur travail » au travers des exigences nombreuses et parfois incompréhensibles ou insensées qu'ils doivent rencontrer. Nous avons pu observer des stratégies de mise à l'écart ou de report de certaines activités cliniques (ex. : placer le téléphone sur renvoi ou éviter des visites à domicile) pour réussir à terminer toute la séquence de l'OÉMC dans un temps « raisonnable », c'est-à-dire attendu.

Moi je trouve que [ce qui manque] c'est du temps avec les usagers. C'est ça qui manque le plus. Parce qu'il y a trop d'outils, il y a trop de paperasses [...] on veut bien, mais [il faut aussi] passer du temps avec les usagers, et [ce temps] implique des tâches cléricales qui sont lourdes. Ça fait qu'on réduit un peu là. T'sais moi je peux décider de pas tout de suite faire un appel ou des choses comme ça parce que je n'ai pas le temps de rédiger la note qui va venir avec [cette intervention]. (1-TS005)

On a tellement d'obligations à rendre, qu'on n'a pas le temps de faire nos suivis. On doit tellement agir sur les urgences [...] qu'on oublie les suivis [...] On attend que ça pète, c'est quasiment ça [...] on ne veut pas ça, mais avec le manque de temps, on ne peut pas. (2-TS003)

Faire leur travail consiste en premier lieu à rencontrer la reddition de compte, ce qui veut dire compléter toute la séquence des entrées de données dans tous les documents et systèmes qui sont exigés, selon les délais prescrits. Le lecteur le constatera sans doute, l'objet clinique qu'est le maintien de l'autonomie s'estompe en partie, du travail réel, sous la pression des outils, en fait sous la pression que produit la reddition de compte au ministère au travers les outils. Le travail se réorganise donc moins au moyen des outils, qu'autour d'eux.

Le rapport aux outils, celui qui vient de l'externe (les prescripteurs) et celui que l'intervenant a plus ou moins intériorisé dans sa pratique, va influencer la valeur attribuée à l'outil. Ainsi, pour des intervenants, le travail est l'outil, en fait le travail consiste à

« Faire des OÉMC », alors que pour d'autres, le travail se fait « Avec l'OÉMC », entre autres. Dans les deux cas, l'outil tend à devenir l'objet de l'activité, sa finalité, ce qui est encouragé par les organisations en raison de son association forte avec la reddition de comptes, elle-même reflétant la nature des réformes systémiques en cours. Les pressions sont si fortes qu'il faut presque faire preuve d'entêtement pour ne pas perdre de vue l'objet d'intervention et le rôle clinique de l'outil, comme médiateur ou support de l'activité clinique.

3.3.4 Le contexte

Aux conditions d'usages que nous venons de présenter s'ajoute un dernier groupe de conditions. Il s'agit du contexte d'intervention. Nous allons donc aborder le contexte dans les termes qui ont émergé des discours des intervenants pour décrire le contexte de travail : l'organisation du travail, la charge de cas, les listes d'attente, les relations de travail, l'accompagnement et le soutien clinique, la gestion de l'agenda et des priorités et la capacité à répondre aux besoins.

L'organisation du travail

Selon que le travail s'effectue à la périphérie des secteurs plus peuplés ou pas, il semble que le travail se conçoive différemment, que les tâches soient plus ou moins globalisantes ou découpées et que le sens du travail en soit déterminé.

Un facteur sans lien direct avec les individus ou avec les outils conditionne le travail de manière importante. Il s'agit du nombre d'intervenants en place dans un point de services (ou un secteur) et de sa proximité avec le centre de décision. Lorsque l'équipe

est peu nombreuse, le travail est moins découpé et les tâches sont davantage diversifiées. Ces intervenants semblent avoir davantage conservé un sens clinique à leur travail. Ce sont surtout eux qui développent un réseau informel de contacts et de ressources. Même si personne ne s'affiche contre le principe d'équité intersecteurs évoqué comme source de légitimation des processus d'harmonisation que déploient les organisations créées par la Loi 10 (CISSS/CIUSSS), les applications concrètes de ce principe sont perçues comme des exercices à haut risque, en ce qu'ils menacent de briser des fonctionnements efficaces en pratique, car adaptés aux réalités spécifiques des milieux.

Nous avons rencontré des intervenants avec des tâches moins fragmentées qui leur permettent d'équilibrer l'ensemble du processus d'intervention et de préserver ainsi le sens de leur activité professionnelle :

Je sais comment chacun va et je considère que c'est un moyen de s'intéresser aux usagers, pas juste quand c'est le temps de les réévaluer. (1-TS005).

Cette recomposition de la globalité du processus d'intervention est en partie un choix éthique individuel. Les intervenants qui portent cette décision le font en acceptant que des retards adviennent dans les tâches associées aux outils (délais de rédaction, taux de PI complété plus bas, etc.). L'approche globalisante de l'intervention peut aussi découler du fait que, dans certains secteurs, la fragmentation du travail est moins présente. Ainsi, dans un secteur observé, une intervenante a pu affirmer qu'elle faisait beaucoup de concertations et de soutien aux aidants alors que ce genre d'intervention semble anecdotique dans d'autres milieux. Les secteurs où la tâche est plus globale sont des milieux où la taille des équipes est plus petite, et pour lesquels une division tayloriste du travail est impossible.

Parce que le travail est trop abondant, certaines organisations ont divisé le travail selon les disciplines et selon les étapes du processus d'intervention (ex. : des TTS font uniquement des évaluations et pas ou peu de suivis) ou selon le profil des clientèles (ex. attribuant aux TTS plus d'utilisateurs ayant un profil 1,2 ou 3, puisque leurs besoins sont moins complexes).

Moi j'ai actuellement une charge réduite, j'ai 120 utilisateurs, c'est impossible pour moi de tous les connaître, ça fait que j'ai un squelette avec l'OEMC. Avant ça, j'en avais 160. Ça a diminué, parce qu'ils ont pour leur dire qu'on fait plus d'interventions dans les dossiers et qu'on a des dossiers des fois plus demandant, plus lourds. (1-i0002)

L'attribution de tâches et de rôles exclusifs, par exemple ceux qui font que des évaluations sans prise en charge, permettrait en principe, de répondre à plus de demandes et à évaluer plus rapidement les utilisateurs, en attendant qu'une assignation à long terme soit faite. En réalité, cette efficacité a un corollaire non négligeable, soit la réduction et la fragilisation du sens de l'activité qui est davantage encapsulé dans des segments du processus d'intervention. Chez ces intervenants à tâche quasi unique d'évaluation (certains ne se rendent même pas jusqu'à la rédaction de plans d'intervention), cela produit un repli sur la tâche technique et provoque leur isolement. Cette organisation du travail s'accompagne souvent d'un sentiment d'être dépassé et de perdre le contrôle et le sens du métier.

Avec la perte du sens du travail vient le désir d'aller voir ailleurs (dans un autre service, une autre organisation) et de vérifier si le travail dans ce nouveau contexte rejoint mieux la motivation première qui a fondé leur choix professionnel. Sur le site où le travail est plus fragmenté (le site 1), plus du tiers de nos répondants ont exprimé spontanément leur désir de quitter le SAPA d'ici cinq ans. De plus, la fusion des

établissements rend quasi impossible la mobilité interne et externe, sans l'accord du cadre supérieur, qui souvent l'interdit. Pour certains, le SAPA produit leur enfermement, à moins de quitter complètement la région ou le service public.

Au soutien à domicile, on est tout le temps en train de remplir des formulaires. On fait beaucoup des démarches qui sont utiles pour les gens, mais ce n'est pas palpitant là comme job. (1-TS005)

Les milieux dans lesquels la tentation tayloriste a pu s'incarner, le sens du travail s'est ostensiblement évaporé, au profit d'un rôle d'exécution mécaniste. Tandis que dans les secteurs où les équipes sont moins grosses et que de ce fait, le travail est plus ample, plus diversifié, la manière dont les participants, surtout les TS/TTS se représentent leur travail est différente. Voici trois exemples qui montrent que l'OÉMC est bien présent, mais qu'il n'occupe pas toute la place. Dans ces cas, les participants répondaient à la question d'ouverture de l'entrevue : « Décrivez-moi en quoi consiste votre travail, vos fonctions actuelles? ».

L'essentiel de notre travail, c'est de faire des réévaluations des besoins de l'autonomie de la personne, puis de mettre des services en place selon les besoins. (1-TTS003)

On fait l'accueil des gens, on évalue les besoins, ensuite de ça on fait la mise en place de services, puis le suivi au quotidien s'ils ont besoin, s'ils sont hospitalisés [on s'occupe] des retours à domicile. Puis on travaille en collaboration avec les autres professionnels, ergo, physio, infirmière, pour maintenir les gens à domicile le plus longtemps possible. On les suit autant à domicile qu'en résidence pour personnes âgées. Puis on fait les demandes aussi d'hébergement là. Et quand ils rentrent à l'hébergement, on les suit pendant les trois semaines qu'ils sont en adaptation. (1-TS005)

Notre mandat c'est vraiment de maintenir les gens à domicile le plus longtemps possible. Donc [...], premièrement, on reçoit les références du guichet, du médecin, famille ou... Mais ça passe toujours par le guichet soutien à domicile qui est la première porte d'entrée. Ensuite, on va à domicile évaluer la situation, il y a les évaluations sur les besoins et services. On est beaucoup là pour défendre les droits aussi. Dans le fond,

organisation de services, aussi, ou, tout ce qui est comme T.S., curateur public, faire des évaluations, des références. Après ça, des rapports psychosociaux, c'est pas mal ça en gros. (2-TS004)

La fragmentation du travail peut aussi présenter certains avantages. Ainsi, une intervenante dont le rôle consiste presque exclusivement à faire des évaluations trouve qu'il y a des avantages au fait que ce soit une même personne (elle) qui fasse tous les OÉMC de son secteur. Cela lui permet d'être plus rapide pour compléter l'outil et donc de développer une réelle expertise du métier d'évaluateur en maîtrisant les outils. Cela élargit aussi son répertoire de situations et de ressources, notamment en termes de compréhension de ce qu'attendent les patrons et de capacité à les convaincre afin qu'ils acquiescent plus favorablement à ses recommandations cliniques. Malgré le prix de la surcharge cognitive et de la perte de sens clinique (d'un point de vue disciplinaire), la capacité au travail s'affine donc avec la maîtrise des outils.

De plus, il y a plusieurs tâches de nature administrative qui exigent des travaux d'écriture. Une intervenante estime qu'il y a davantage de travail qui se fait au bureau plutôt qu'au domicile, ce qui lui a fait dire : « Il faut aimer les deux! » (1-TTS004). Ce rapport à l'écrit plutôt qu'à la communication orale classiquement mobilisée dans la relation avec l'usager découle de la prégnance relativement nouvelle des outils cliniques dans l'organisation du travail.

La charge de cas

L'organisation du travail se traduit aussi en termes de charge de cas. Le problème historique qui perdure consiste à déterminer combien de cas devraient constituer une charge de travail acceptable, eu égard à la capacité de travail des intervenants, à l'équité

de la charge entre intervenants, tout en prenant en considération la complexité de chacun des cas. Pour la plupart des intervenants rencontrés, cela se traduit aussi en termes de proportion de situations relevant de la gestion de cas (profil Iso-SMAF de 4 et plus) versus le nombre de cas aux profils Iso-SMAF dits plus légers.

Cette manière de distinguer les clientèles ne fait pas l'unanimité puisque, comme nous l'ont expliqué des participants, les profils 1, par exemple, peuvent être plus exigeants en termes de nombre et d'intensité d'intervention que des profils plus lourds puisqu'ils se trouvent en début de perte d'autonomie, qu'ils ont peu, voire pas, de services, qu'ils sont méconnus des intervenants et que leurs proches ne comprennent pas ce qui se passe. De plus, ce sont souvent des situations comportant une dimension psychosociale qui exigent des interventions pouvant faciliter leur adaptation aux changements qui s'amorcent, aux deuils, à la perte d'autonomie, au vieillissement, au décès du conjoint, etc. Ainsi, si le profil peut être corrélé avec la présence et le nombre de services requis pour répondre aux besoins, il ne dit pas tout de l'intervention qui est requise, notamment parce que l'intervention réelle dépasse la seule mise en place de services que d'autres réaliseront et aussi parce que la « nature psychosociale » des interventions ne détermine pas les profils de la perte d'autonomie.

Comme les deux sites ont des territoires et une densité de population fort différents, les charges de cas doivent aussi tenir compte des distances. La nature de la charge de cas a bien entendu un impact sur la charge de travail. Cette dernière comporte beaucoup plus d'activités que celles reliées à l'intervention directe auprès de l'utilisateur.

C'est juste [mon secteur] qui a autant de clientèle [...] J'arrive d'une réunion [avec tout le CISSS] où les autres intervenants nous parlent de charges de cas de 34-35. Moi j'en ai 78 à matin là. C'est-tu réaliste? J'en ai le double d'eux autres, à moi tout seul. (2-TTS0011)

Ainsi, ce qui déborde du champ de vision des outils s'effectue dans les trous de l'intervention instrumentée et, souvent, dans le «petit plus» que doit fournir un intervenant dont l'évaluation de la performance se fera surtout au regard de sa capacité à accomplir les exigences instrumentales de l'outil.

Nous dans le fond, s'ils ont [un profil] en bas de 4, ils ont droit à aucun service. Ce que ça nous dit, c'est qu'on va avoir à se démerder vraiment pour trouver des solutions sans l'aide du CLSC. Après ça, si on sait qu'ils sont en bas de 7, si on veut du répit, on sait que ça aussi ça va être bien compliqué et qu'il va falloir se battre pour en avoir. C'est plus que le profil, ça peut nous indiquer à quel point, il va falloir se battre pour des services. (1-TS005)

Le fait qu'un usager soit inscrit en gestion de cas ne semble pas voir d'effet, ou peu s'en faut (ex. : dans le site 1, ce statut donne accès aux intervenants à certaines informations privilégiées venant l'hôpital concernant les usagers), sur le rapport des intervenants aux outils. Par exemple, le PSI était traditionnellement l'outil privilégié des gestionnaires de cas, ce qui, en pratique, ne s'observe pas. Le PSI est aujourd'hui employé par tous les intervenants observés, mais avec une maîtrise et une distinction par rapport aux autres PI qui sont modestes.

Il y a eu néanmoins de nombreux efforts pour essayer de tenir compte de la complexité clinique des cas, mais l'exercice pour les TS du site 1 s'est révélé peu utile puisqu'il ne reflète pas la réalité, les situations des usagers pouvant changer de jour en jour et évoluer plus rapidement que ce que peut suivre n'importe quel outil de monitoring de la lourdeur des charges de cas.

Je trouve qu'on accorde beaucoup d'importance à quelque chose qui est une photo à un moment présent. Ça fait que tant et aussi longtemps qu'on ne pourra pas jouer dedans [l'OÉMC] de façon régulière pour l'adapter à la situation de la personne, la suivre dans son évolution, dans son

autonomie qui diminue, parce qu'on est en perte d'autonomie ici, tant qu'on ne pourra pas mettre ça à jour de façon régulière, cet outil-là va rester une photo le 26 novembre 2014. Et une nouvelle photo le 27 décembre 2017. (2-i002)

En revanche, il semble que pour les physiothérapeutes du site 1, l'estimation de la complexité soit effective et appréciée.

On a développé à (nom de la ville), un outil pour faire le suivi de notre propre charge de cas par intervenant [...] on se questionnait, est-ce que la lourdeur d'un cas n'est pas proportionnelle au nombre de cas que tu as dans ta charge ? On ne travaille pas tous de la même façon, non plus. Des fois, pour certains patients, ça prend plus de rencontres pour établir un lien thérapeutique, même si l'intervention semble simple. Des fois, pour d'autres, une intervention plus complexe étant donné que la personne, le réseau social, familial est très mobilisé, ça se fait plus vite. Donc, on se disait que ça soit classé par diagnostics, ça ne marche pas. Quand c'est classé par motif de référence, ça ne fonctionne pas. Alors, il n'y avait rien qui fonctionnait [...]

[Il y a aussi] l'autoperception. Par exemple, un nouveau diplômé prend en charge des cas, pour lui, tout va être compliqué, tout va demander plus de temps. Le gars qui pratique depuis 30 ans, bon le niveau de complexité va être plus léger parce qu'il en a vu d'autres, et il a de l'expérience, ce n'est pas nouveau [...]

Donc, c'est ça, c'est basé sur d'autres outils qui existent un peu partout [...] qu'on a déjà vu. Donc, on a chacun, quand on fait cet outil-là, on attribue au patient une cote : 1-3-5. On a dit qu'il y avait juste trois niveaux, si on en met plus, ça nous décourage et on ne le fait pas (rires) [...] On se fait des ratios selon le nombre de jours travaillés et le nombre de patients qu'on a à notre charge, mais ça c'est individuel, c'est rédigé dans nos documents d'accompagnement. Je n'ai pas de chiffres à te donner sur le nombre. (1-R012)

Au final, malgré quelques exemples de tentatives qui nous ont été rapportés, l'estimation de la charge de cas se fait surtout en termes de nombre. Par exemple, dans un secteur, le calcul se fait sur la base d'environ 10 dossiers/jour de travail. L'intervenante qui a actuellement 54 dossiers juge donc qu'elle se situe dans la norme, dans un contexte

dit «point de services», soit un contexte périphérique au grand centre qui compte une très petite équipe d'intervenants et de ressources limitées.

Une autre dimension de la charge de cas concerne les différences qui s'appuient sur le niveau de formation. Ainsi, les professionnels ayant une formation de niveau technique, en soins infirmiers ou en travail social, qui font partie de l'équipe d'évaluation (site 1), ont des charges de cas plus importantes et sont considérés indistinctement de leur discipline. Lors d'absences ou de congés, ils sont remplacés indifféremment par d'autres techniciens pouvant appartenir à une autre discipline. Il se peut aussi qu'ils ne soient pas complètement remplacés, c'est-à-dire qu'un collègue assure un suivi distant en prenant les messages laissés sur le répondeur durant la période d'absence, en ne répondant qu'aux urgences. Cette manière de concevoir que tout intervenant est remplaçable, même interchangeable, n'accroît sûrement pas le sens du travail, pas plus que cela ne construit, ni ne soutient, le développement professionnel. On comprend mieux alors que la définition qu'ils donnent de leur travail est de « Faire des OÉMC » et non d'être un intervenant social ou une infirmière.

Les listes d'attente

Les listes d'attentes forment une réalité qui préoccupe tous les acteurs, intervenants et gestionnaires, mais selon une intensité variable en fonction du mode de gestion qui en est fait. Certains groupes de professionnels ne peuvent concevoir qu'elles existeraient dans leur domaine (c'est le cas des infirmiers/infirmières). D'autres ont désigné une personne responsable de répondre en urgence ou ponctuellement aux usagers sur la liste d'attente. D'autres encore redistribuent les usagers en attente dans les charges de cas des

intervenants qui gèrent eux-mêmes cette liste. Cela la rend, par le fait même, invisible au MSSS en tant qu'attente. Gérer ces listes par attribution directe dans les charges de cas des intervenants a cependant pour effet d'augmenter la pression à la productivité, car cela rend directement visibles les personnes qui doivent être évaluées au travers de la charge de cas de chacun des intervenants. Ainsi, l'attente de services est convertie en besoin d'être évalué, passant de l'organisationnel à l'individuel. L'utilisateur attribué à la charge de cas disparaît des listes agrégées du MSSS, mais réapparaît via la reddition de compte comme un retard d'évaluation. L'intervenant cherchera alors à compenser ce retard par des solutions adaptatives individuelles. Cet exemple montre comment les conditions d'usages se codéterminent, et qu'une condition apparemment locale, ici l'exigence que chaque intervenant soit à jour dans ses évaluations, a *in fine* des répercussions systémiques sur les listes d'attentes.

Les relations de travail

Avec les dernières fusions de 2015, les réorganisations ont aussi signifié, pour plusieurs milieux, le changement de personne-ressource et la perte de proximité avec le chef de service, « qui passe maintenant plus de temps sur la route qu'avec ses équipes », nous diront plusieurs intervenants sur les deux sites. Pourtant, la proximité des gestionnaires avec les intervenants permet de dénouer rapidement les problèmes cliniques ou administratifs, comme nous avons pu l'observer sur un des secteurs du site 2 où la proximité est importante. Même si les intervenants sont plutôt empathiques à l'égard de la charge de travail de leurs gestionnaires de proximité, ils estiment qu'ils sont davantage laissés à eux-mêmes, surtout sur le site 1, ce qui éloigne aussi, d'une certaine manière, les

possibilités de rappel de la prescription, la reconnaissance de stratégies adaptatives légitimes, de négociation des exceptions faisant par la suite jurisprudence, etc. L'effet de cet éloignement des gestionnaires est renforcé par la grande instabilité du personnel, dont les cadres. Comme le mode de transmission des attentes organisationnelles passe surtout par la voie orale et qu'il y a peu de formalisation écrite de la prescription, le roulement de personnel affaiblit la prescription des usages de l'OÉMC.

Les relations avec les collègues devraient en principe être soutenues par l'environnement de travail invitant au travail collaboratif. C'est ainsi que l'environnement physique du travail, le partage des bureaux, a été annoncé comme une condition essentielle pour soutenir la collaboration interprofessionnelle. Pourtant, nous avons observé un travail qui cherche à trouver des espaces d'isolement. Chacun développe des stratégies de repli, en ajustant ses activités selon la présence des collègues dans le bureau ou en travaillant la porte fermée. Par exemple, sur le site 2, où les bureaux sont partagés à six ou huit personnes (soit tous les intervenants d'un même secteur géographique ou d'une même équipe spécialisée), les infirmiers/infirmières, infirmiers/infirmières auxiliaires et TRP sont au bureau surtout en après-midi, après leurs visites matinales à domicile. Les intervenants sociaux organisent donc leurs journées de travail à l'inverse, c'est-à-dire qu'ils planifient le travail au bureau en avant-midi et les visites à domicile en après-midi. Mais certains jours, elles ne réussissent pas à aller à domicile à ce moment parce qu'elles ont trop à faire avec les suivis des démarches entreprises (souvent suite aux évaluations ou réévaluations), des retours de messages laissés dans leurs boîtes vocales, etc. Compléter des outils requiert une concentration défavorisée par un environnement bruyant ou dans lequel le mouvement est incessant.

Puis le travail au bureau permet l'utilisation d'outils secondaires, comme le téléphone, un outil important pour plusieurs démarches, mais qui ajoutent aux bruits découlant de la présence des membres de l'équipe. Au total, l'effet de collaboration recherché par le partage du bureau est faible au regard de l'activité réelle des intervenants. De même, la quantité d'OÉMC à produire exige des contacts réduits avec les collègues, si ce n'est pour compléter l'outil.

L'environnement de travail concerne donc aussi l'extérieur des organisations. Le déplacement des TS en GMF apporte des changements non seulement dans la charge de cas, mais plus largement, dans l'organisation du travail des intervenants du SAPA. Les nouveaux mandats en GMF, bien que faiblement définis, obligent à des transferts de dossiers « moins actifs » ou les plus petits profils, des TS du SAPA vers ceux en GMF. Pour ce faire, les situations doivent être réévaluées, et donc les OÉMC mis à jour, avant le transfert. L'OÉMC sert donc à orienter la clientèle, à spécifier le travail en le répartissant entre les intervenants, selon la discipline ou le milieu de travail. L'OÉMC est donc utilisé dans la direction SAPA à destination des GMF, mais personne ne sait s'il sera utilisé dans le sens inverse; les intervenants craignent une forte incohérence dans la réponse aux besoins de ces clientèles.

En lien avec l'amplitude de la tâche et aussi les liens avec les partenaires qui ne savent plus trop en quoi consiste le travail des intervenants SAPA nous a été fourni par une intervenante au sujet de la prévention, au regard des attentes et des limites de ses interventions :

Le CLSC ne fait plus de prévention. On est en dernier recours...mais les organismes, incluant l'hôpital, continuent de dire aux clients de nous appeler. L'autre problème est que, même s'ils appellent, ils réussissent

rarement à parler à quelqu'un, sauf peut-être la secrétaire qui elle, va basculer ces appels à la garde psychosociale. (ESTTS003)

Les usages sont ainsi conditionnés par la réceptivité de l'outil par les partenaires extérieurs. Le langage produit par les scores Iso-SMAF et les profils qui en découlent est signifiant pour certains partenaires, par exemple pour l'infirmière de la clinique mémoire que nous avons pu observer avec une TS sur le site 2. Par contre, toujours sur ce site, ce sont les intervenants du SAPA qui font les évaluations en vue d'un hébergement quand les usagers sont hospitalisés. S'ils ne sont pas connus du SAPA, le centre hospitalier leur fera une référence pour qu'une évaluation soit faite. De plus, avant d'orienter un usager en ressources d'hébergement public, l'évaluation doit obligatoirement se faire à partir du domicile, ce qui veut dire qu'un usager doit sortir du centre hospitalier. Le retour à domicile exige d'augmenter les services, le temps que la procédure d'évaluation suive son cours. En fait, ce retour à domicile n'est possible que parce que les services à domicile sont augmentés et intensifiés. Ainsi, l'OÉMC ne crée pas toujours un interlangage interorganisationnel (en considérant ici que les CH demeurent fonctionnellement autonomes, malgré les fusions administratives), puisqu'il est confiné au soutien à domicile. Il semble aussi que les besoins du centre hospitalier ne se discutent pas, et ce, peu importe le site. L'OÉMC n'a donc pas réussi à renverser le rapport historique entre le SAPA et l'hôpital, ce dernier demeurant *de facto* prioritaire, quoiqu'en disent les politiques publiques affirmant le contraire.

L'accompagnement et le soutien clinique

L'accompagnement des intervenants lorsqu'ils rencontrent des difficultés (conceptuelles, épistémiques, techniques, technologiques, etc.) ou des situations limites ou imprévues par les outils est souvent modeste. Une intervenante a fait face à une situation qui comporte des dilemmes éthiques qui risquent d'avoir un impact sur sa manière de compléter ses outils, notamment l'OÉMC. Il semble qu'elle n'ait pas trouvé de moyens de discuter de ce problème ni d'avoir une orientation claire pour l'avenir auprès d'un supérieur ou d'un conseiller clinique. En nous partageant son questionnement, elle croyait que nous pourrions lui fournir la réponse, mais comme cela n'était pas notre rôle. Nous nous sommes donc limitée à lui refléter la pertinence de cette situation pour comprendre l'usage. Voici le problème : une usagère a exigé de voir l'OÉMC, puis lui a demandé de modifier certains commentaires qu'elle ne voulait pas voir inscrits dans son dossier. Bien qu'il se soit agi de commentaires uniquement, et non de données objectives qui auraient pu changer le profil d'autonomie, l'intervenante n'était pas certaine de ce qu'elle était autorisée ou pas à faire. En raison du droit d'accès qu'a l'utilisateur à son dossier, l'intervenante se questionnait sur la manière de dire les choses, la précision avec laquelle elle devrait ou ne devrait pas décrire les situations, la place des opinions professionnelles, etc. À défaut d'avoir une orientation claire, l'effet qu'a produit cette perspective de partage de l'évaluation avec l'utilisateur a modulé la manière dont elle rédige dorénavant ses commentaires, quitte à ne plus y écrire le fond de sa pensée. Le soutien fait donc assurément partie des conditions de travail. Il est étonnant que les intervenants fassent si peu référence à leur conseiller clinique (appellation variable d'un contexte à l'autre).

Par ailleurs, l'assignation de la clientèle anglophone (présente sur tous les territoires observés) ne prend pas toujours en compte (sur les deux sites) la capacité des intervenants à intervenir auprès d'eux dans leur langue. Même s'ils existent, les outils en version anglaise ne sont pas connus et peu disponibles aux intervenants. Il s'agit d'une caractéristique populationnelle, parmi d'autres, mais qui ne sert pas du tout d'appui pour penser l'organisation locale des services.

La gestion de l'agenda et des priorités

À plus d'un égard, et pour toutes les disciplines, la gestion des priorités est au cœur du travail. Être à jour est un défi quotidien pour tous les intervenants. Tous planifient leur travail sur une période de plus en plus courte, parce qu'ils n'arrivent pas à avoir un horizon clair sur un plus long échéancier, à cause des demandes et des urgences cliniques quasi quotidiennes qui arrivent. C'est une raison souvent évoquée pour expliquer le nombre limité de rencontres à domicile qu'ils prévoient faire d'une semaine à l'autre. Ils savent aussi ce que veut dire aller à domicile, surtout pour évaluer et réévaluer, et ils veulent pouvoir terminer toute la séquence de ce qu'il y a à faire avant de passer à une autre situation, mais cela est rarement possible. La prescription de l'usage des outils a une capacité forte à structurer le procès de travail³⁶, ce qui a un grand impact sur la planification du travail réalisé par les intervenants. Il leur importe d'ailleurs de distinguer ce qui relève de la mise à jour clinique (en lien avec les interventions à faire) et de la mise à jour spécifique des outils. Dans le déclaratif, la plupart des participants ont mentionné établir une priorité qui place les outils en deuxième, ce qui a été contredit par l'observation.

³⁶ http://classiques.ugac.ca/contemporains/hamel_jacques/proces_de_travail/proces_de_travail_texte.htm

C'est toujours la petite voix qu'on va avoir dans la tête «les OEMC ne sont pas à jour, les OEMC ne sont pas à jour ». C'est toujours ça et on se le fait dire aussi pis des fois c'est arrivé aussi que, de mes collègues de travail qui ont eu des rencontres, pour dire « ben là, il y a ça, il y a ça, il y a ça, de pas à jour, qu'est-ce qui se passe ? »[...] mais on le sait que dans la poutine du quotidien, c'est bien ça qui va prendre le bord, quand on a des urgences à gérer aussi, ce qui est tout à fait normal, parce que veux, veux pas on travaille avec des humains aussi et des fois, les évaluations, les mises à jour, eh bien ce n'est pas ça qui presse. (1-TS001)

On privilégie les soins avant d'aller faire des outils. (2-i005)

L'autoconfrontation simple et l'entretien d'explicitation ont également mis en lumière l'écart entre ce qu'ils disent faire et ce qu'ils font réellement. Il importe de souligner ici que cet écart ne relève pas de l'incohérence, encore moins de la malveillance. Il exprime plutôt l'écart entre ce qui est souhaité et ce qu'il a été possible de faire. Par exemple, une intervenante dit se faire un devoir de s'assurer que tous ses outils soient à jour lorsqu'elle part en congé, incluant le congé hebdomadaire. Cette cible à première vue personnelle lui permet de gérer la prescription relative aux outils qui doivent être complétés et de se mettre ainsi en situation de devoir tout laisser tomber son travail clinique pour rattraper un retard. Mais, ce faisant, tout son temps de travail est structuré par la prescription. Certains de ses collègues ont développé une autre stratégie pour être à jour, celle de travailler de leur domicile une fois par mois et, à cette occasion, de ne pas répondre aux demandes provenant des usagers directement. Le temps passé au bureau comporte bien des occasions de dévier de ce qui était prévu, car il y a les urgences cliniques, c'est-à-dire des situations qui n'ont pas été planifiées et pour lesquelles il faut faire de la place rapidement dans l'horaire.

Enfin, nous rapportons ici quelques exemples qui illustrent les recompositions des utilisations et des usages en fonction des modulateurs des contextes de l'usage identifiés

jusqu'ici. Le premier exemple traite des moyens ou ressources dont disposent les intervenants pour faire leur travail et pour répondre aux besoins des usagers. Comme c'est le cas partout, les déterminants de l'accès aux services sont standardisés et s'appuient sur les profils Iso-SMAF. L'OÉMC structure donc le processus de travail. Mais le manque de ressources d'hébergement sur un territoire est amplifié par les difficultés financières que rencontrent plusieurs usagers pour payer les frais d'hébergement (souvent plus de 2000\$ par mois), ce qui complique le travail des intervenants. Voyons ce qui se passe dans l'un des secteurs, qui compte deux ressources privées d'hébergement pour les aînés, mais pas de ressource intermédiaire. Sans entrer dans toutes les difficultés que suppose la gestion du personnel et des services dans ces partenariats public-privés, les aménagements institutionnels deviennent des enjeux qui tombent ultimement dans la cour des intervenants. Une règle administrative est venue répondre en partie à ce manque de ressources en offrant une compensation financière aux résidences pour personnes âgées afin qu'elles puissent héberger des clientèles requérant des services plus importants ou, si l'on veut, ayant des profils Iso-SMAF qui auraient dû donner accès à des ressources intermédiaires, inexistantes sur ce territoire. Or, cette mesure, à la base bienveillante et réparatrice du manque de ressources, a eu comme effet de faire augmenter le prix de tous les types d'hébergement, pour une population déjà considérée globalement comme pauvre. Les propriétaires des RPA disent à leur clientèle « Demandez à votre TS si elle peut vous aider ». Mais ce n'est pas du ressort individuel des intervenants, car la décision découle de la standardisation de l'accès aux ressources d'hébergement qui est déterminé par les profils Iso-SMAF. Cette standardisation peut apparaître comme une bonne chose, car elle favorise la prise de décision équitable et rigoureusement fondée. Mais cela ne

règle pas les situations des personnes pauvres. Malgré la règle, ce sont les intervenants qui doivent essayer de négocier des solutions, avec bien peu de ressources et pas plus de pouvoir. La règle formelle requiert donc un ajustement individuel quasi impossible.

Le manque de ressources trouve aussi écho pour les personnes vivant à domicile qui ont besoin de services d'aide aux AVD. Comme il n'y a pas d'organisme communautaire qui a mandat d'offrir de tels services sur un des secteurs, c'est une organisation plus centrale qui peut s'y rendre. Mais comme des frais supplémentaires sont générés par les distances à parcourir, l'organisation, pour « faire ses frais », va refiler la facture à la clientèle. Or, si l'on sait que celle-ci est majoritairement composée de femmes qui sont demeurées à la maison toute leur vie, sans compter ces autres personnes qui ayant passé leur vie sur l'aide sociale n'ont pas d'épargne, et qui ont des revenus de retraite qui ne leur permettront pas de se payer ces services, l'intervenant arrive au point où il ne pourra pas apporter une réponse aux besoins qu'il a identifiés au moyen de son outil d'évaluation, l'OÉMC (2009). L'établissement de santé va compenser ce manque de ressource locale, pensez-vous? Non, puisqu'il ne paie pas, ne paie plus en fait, pour ce genre de services.

La capacité de faire des intervenants est grandement tributaire des changements et les changements touchent plusieurs dimensions du travail et ils sont fréquents. Cependant, il semble que le point de vue des intervenants soit rarement pris en considération dans ce mouvement perpétuel de changement. Par exemple, sur un des sites, une rumeur préoccupe les intervenants, qui craignent que leur capacité d'agir soit de nouveau réduite. L'information qui circule est à l'effet que les profils 4 et moins n'auront plus accès au centre de jour. Ces changements de règles et de procédures, comme d'autres, ne font pas l'objet de discussion avec les intervenants. Ceux-ci seront éventuellement informés et ils

devront se conformer à la nouvelle norme, sans compter qu'ils sont habituellement chargés d'informer les usagers de ces changements, qui sont le plus souvent réducteurs de services. Cela a un effet clinique important, soit de les mettre dans une position de porteur de mauvaises nouvelles.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette dernière section revient sur les résultats et leur interprétation en les situant au regard de notre principale synthèse des connaissances qui a été bâtie à partir de la recension des écrits scientifiques et des matériaux théoriques, soit le schéma des espaces d'analyse des usages. Il ne s'agit pas d'une discussion classique puisque, comme nous l'avons évoqué, les articles et ouvrages scientifiques qui abordent directement les usages, plus précisément l'usage effectif, ont été impossibles à trouver. Nous allons donc discuter avec les théories de l'activité et montrer comment les matériaux empiriques ont contribué à le bonifier. Ce retour vers le théorique constitue aussi l'occasion de proposer une synthèse intégrée des principaux résultats, de présenter leur portée et leurs limites, et d'identifier des pistes de recherche en découlant. Enfin, pour répondre à notre cinquième et dernier objectif, nous avons formulé quelques recommandations destinées aux concepteurs de ces outils, aux formateurs qui en enseignent l'usage, ainsi qu'aux gestionnaires et décideurs qui en construisent les normes de l'usage prescrit et attendu.

4.1 Autour des espaces d'analyse des usages

4.1.1 L'espace de la prescription de la tâche

Tâche et activité, usage prescrit et usage effectif, constituent les deux faces d'un même phénomène complexe, ici appliqué à l'OÉMC (2009) et à ses outils compagnons qui en définissent certains usages. L'analyse des deux espaces en tant que système permet de mieux comprendre le processus qui naît dans la conception, se prolonge dans la diffusion et fleurit dans la mise en œuvre par des utilisateurs réels, dans des situations concrètes. Il

est possible de tirer des leçons de l'étude de ce système logique et de les appliquer dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. Ce système se découpe en différents espaces, que nous avons exposés initialement à la figure 6.

L'espace de la prescription est en quelque sorte le conservatoire des connaissances prédictives qui définissent l'utilité et les modes d'emploi prévus par les concepteurs des outils cliniques et qui sont relayés par les formateurs. Les tâches qui y sont prescrites concernent ce qui doit être fait et comment cela doit être fait, en considérant les obligations sous-entendues, et donc implicites, qui relèvent dans notre cas de l'OÉMC, l'un des principaux vecteurs de rigueur et de qualité des réformes de l'organisation des services de santé au Québec pour des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle.

Au-delà du processus de conception qui définit l'utilité et le mode d'emploi d'un outil, les prescripteurs sont nombreux, et forment une chaîne de prescriptions pas toujours convergentes, et donc parfois incohérentes. Les luttes d'intérêts le long de cette chaîne sont foisonnantes. C'est ainsi que le MSSS et les organisations ne sont pas les seuls instituteurs de règles avec lesquelles les intervenants ont à faire ou ont affaire (pour reprendre le jeu de mots de Mayen, 2014); pensons aux ordres professionnels, aux formations disciplinaires initiales, aux genres professionnels, etc. Dans le cadre de cette thèse, nous nous sommes intéressée principalement et surtout au premier prescripteur de l'usage de l'OÉMC (et des outils qui en découlent) qu'est le MSSS, via les formations qualifiantes en emploi et via les organisations sous sa responsabilité.

L'observation des pratiques de même que les entretiens avec les intervenants nous ont aussi, et peut-être surtout, permis de déployer conceptuellement davantage cet espace, pas

tant sous forme de principes, mais plutôt en termes d'effets dans le réel, selon ce qui est compris et réalisé. Le MSSS est présent en filigrane dans cet espace de la prescription, aussi bien en appuyant la formation à l'utilisation de l'OÉMC, qu'en définissant pour les organisations sous sa gouverne la reddition de compte qui s'appuie sur l'OÉMC. Nous allons traiter du prescrit en deux temps, au moyen des deux canaux de diffusion principaux que sont la formation et l'organisation.

La formation

Nous allons ici nous attarder sur la formation qualifiante en cours d'emploi que requiert obligatoirement l'usage de l'OÉMC. En fait, cette formation concerne surtout l'utilité et l'utilisation de l'outil, plus que ses usages, si ce n'est, par extension, par les explications qui permettent aux utilisateurs éventuels de comprendre les profils Iso-SMAF. Les profils contribuent à définir l'usage attendu le plus important, au point qu'il décline tous les autres usages possibles et souhaitables.

Un élément entourant les profils a d'ailleurs attiré notre attention, soit le concept de distance euclidienne. La distance euclidienne est une mesure de distance qui fait partie des équations qui sont utilisées pour produire les 14 profils d'autonomie générés par le SMAF. Elle s'affiche avec le résultat du profil. Elle indique aux intervenants que la situation clinique est sur le point de basculer dans un autre profil ou que l'évaluation est inconsistante. En certaines circonstances, elle permet aux intervenants de nuancer le profil Iso-SMAF généré par leur évaluation, voire de prendre du pouvoir sur un usage mécanique que font parfois les gestionnaires pour attribuer ou non un service. La majorité des intervenants y ont d'ailleurs fait référence de manière tout à fait naturelle et sensée,

comme si cette donnée leur était bien connue et d'utilité certaine. L'aisance et l'assurance avec lesquelles ils maniaient ce résultat étaient tout à fait remarquables, même si dans les faits cette nuance ne fait pas infléchir à tout coup les usages des profils Iso-SMAF pour déterminer l'accès aux services. Cette formation préalable à l'utilisation de l'OÉMC ne semble donc pas avare de contenus compliqués, mais qui sont tout de même bien compris des intervenants.

Les connaissances contenues dans le programme de formation sont de ce point de vue étendues et transmises de manière à ce qu'elles soient bien assimilées. Il s'agit principalement de connaissances prédictives, au sens de Pastré (2004) :

S'il existe deux formes de la connaissance, l'une de nature prédictive, qui s'exprime par des énoncés susceptibles de s'organiser en savoirs, l'autre de nature opératoire qui voit dans la connaissance une adaptation intelligente aux situations [...] connaître c'est d'abord et avant tout s'adapter aux situations, c'est savoir tirer son épingle du jeu, ce n'est pas se laisser submerger par les événements. Pour ce, il faut bien que l'activité du sujet soit organisée, avec un mélange d'invariance et d'adaptations aux circonstances. (p. 8).

La connaissance transmise dans ces formations est donc surtout prédictive, et permet de donner un sens à l'usage, notamment en communiquant l'utilité prévue des outils. Mais elles ont été apparemment moins fortes à instruire une connaissance opératoire, car celle-ci découle beaucoup des conditions locales de mise en œuvre. L'opérationnel n'a pas permis de consolider le sens des outils instruit par les formations; il l'a au contraire déconstruit, positionnant les intervenants dans des situations paradoxales insoutenables à long terme. Ceci montre que la connaissance prédictive issue de la sphère du prescrit doit rencontrer la connaissance opératoire issue de l'activité, dans une perspective réflexive où l'une rencontre l'autre. Les théories de l'activité pourraient être plus

sensibles aux conditions de cette réflexivité, car nous supputons que ce que nous observons pour l'OÉMC vaut pour de nombreuses innovations qui sont implantées à travers des formations en emploi, comme c'est ici le cas.

Le programme de formation a déployé des dispositifs intermédiaires qui prolongent son rayon d'action et qui jouent un peu ce rôle de passeurs entre ces deux espaces, celui de la prescription et celui de l'effectivité. Ainsi, le cartable de formation est passé dans la courte liste des outils soutenant l'utilisation de l'OÉMC (2009) confrontée au réel. Tous les intervenants rencontrés ont mentionné s'y référer régulièrement et y trouver généralement réponse dans les cas qui les font douter au sujet de ce qu'il faut comprendre, de ce qu'il faut décrire et de ce qu'il faut écrire. Le cartable est donc utile dans la pratique quotidienne et s'enrichit au fil d'autres formations de mises à jour qui sont offertes.

Un autre dispositif intermédiaire a fait le pont entre la formation ciblée et l'espace de l'effectivité dans la présence et le rôle des pilotes (RSIPA) et des formateurs (OÉMC). Disons d'entrée de jeu que, selon les milieux, ces fonctions sont soit distinctes, soit attribuées à la même personne, mais elles sont hybrides sur un point, comme l'illustre particulièrement bien le site 2 où les pilotes sont formateurs et conservent leur charge de travail comme intervenants. Ils appartiennent donc aux deux mondes et naviguent aisément entre les réalités et conditions de l'intervention et la reddition de compte ministérielle, les cibles de gestion et les taux d'atteinte d'outils complétés que leur a fixés le MSSS³⁷. Ils participent activement à la rédaction des rapports d'étapes qui sont

³⁷ Les chiffres fournis pour la période qui se terminait au moment où nous étions sur place disaient ceci, sur le site 2 : il y a eu 445 visites à domicile et 330 OÉMC complétés (25 intervenants sont formés pour compléter des OÉMC) mais il y a 14 PI qui n'ont pas été faits. À ce moment, c'était 74% des usagers qui

envoyés au pilote régional, puis au MSSS, et ils agissent en tant qu'appui ou référence pour leurs collègues. Comme ils éprouvent eux-mêmes les grandeurs et les misères qui accompagnent les usages des outils, ils comprennent de l'intérieur que ce qui devrait être simple l'est rarement. Pilotes et formateurs ont donc agi comme des courroies de transmission de la prescription dans les milieux cliniques. Ils ont eu, à un moment donné, un rôle de remontée des problèmes rencontrés sur le terrain via les prescripteurs, mais il semble que cette voie de communication n'ait pas été maintenue au-delà de la phase de primo-implantation du RSIPA. Cette fonction de remontée semble aujourd'hui moins efficace, du point de vue de l'un des formateurs, en raison du fait que le MSSS observe un taux d'utilisation qui se rapproche de ses attentes. Cependant, comme l'utilisation n'est pas forcément l'usage, il aurait été souhaitable que ce dispositif intermédiaire intègre une réflexion sur les usages effectifs, de façon à ce que le sens profond des outils soit maintenu, par-delà les progrès dans l'utilisation.

Notre recension des écrits, dans les faits biculturelle (utilité et utilisation dans les écrits anglophones, usage dans les théories de l'activité francophone), nous a obligée à conceptualiser cette différence. Un outil peut être utilisé à la hauteur des attentes de ses promoteurs (ici 90%), alors que ses usages sont dans les faits décevants, contradictoires ou incertains. Le modèle de Rabardel, tout comme les théories de l'activité, ne permet pas aisément de capter la synergie de ces deux dimensions d'un même phénomène. Dans le cas qui nous occupe, l'utilité de l'OÉMC est globalement positive, et l'utilisation se rapproche des cibles attendues, sans cependant que les usages soient dans la réalité ceux qui étaient initialement espérés et sans qu'un sens clinique « appliqué » ait été développé

avaient un OÉMC; la cible étant de 90%. La période des vacances estivales expliquerait en partie ce résultat.

par ses utilisateurs. «Moi je fais des OÉMC» n'était pas le but des concepteurs, qui visaient le maintien de l'autonomie (un objet distinct de l'outil), la prise en compte des besoins, etc. Comment expliquer ce glissement dans la finalité du travail, de l'identification des besoins des usagers à *faire des outils*?

Nous allons nous intéresser maintenant à l'autre vecteur principal de la prescription, qui a été révélé par l'empirie et qui est venu s'ajouter au schéma conceptuel, c'est-à-dire l'organisation.

L'organisation

Au départ, possiblement parce que nous nous laissions portée par le sens commun, nous pensions pouvoir capter la plus grande partie de la prescription au travers des documents officiels produits par le MSSS ou par les organisations. De ce point de vue, la prescription siégeait au rayon des écrits et de la formalisation des attentes et procédures. Or, il s'est avéré que les écrits prescriptifs (autres que ceux de la formation que nous venons d'aborder) représentaient un bien petit nombre de productions et, dans les cas où ils existaient, leur utilité était bien modeste puisqu'ils étaient peu connus des intervenants, sauf pour le guide produit par un des secteurs du site 2 que nous avons présenté plus haut.

Bien que la réalité s'éloigne souvent de ce qui est attendu, lorsque disponibles, les cadres de références et les guides de pratiques peuvent renseigner l'intervenant qui se questionne sur ce qui est attendu et exigé des utilisateurs des outils, principalement en termes d'utilité, d'utilisation et parfois d'usage, comme lorsque les scores définissent

l'accès aux services. Ainsi, le rôle des organisations dans la diffusion du prescrit est incontournable.

La formation était déjà identifiée comme moyen de diffuser le prescrit dans la synthèse des connaissances sur l'usage que nous avons produite. L'organisation est un canal qui a émergé des données empiriques. Plus spécifiquement, ce sont les saisies de statistiques et la reddition de compte qui paramètrent *de facto* la fréquence d'utilisation et le volume de production, ce à propos de quoi est évaluée la performance de l'organisation. Cette prescription forte de l'utilisation de l'OÉMC conditionne bien entendu les comportements des gestionnaires et des intervenants. Or, les théories de l'activité ne se préoccupent pas de la performance, ni en termes d'effets (*outcomes*), ni en terme de productivité volumétrique (*outputs*); au plus elles se préoccupent un peu de l'efficacité, au sens précis de la capacité d'un outil à soutenir, en situation, ce qui doit fait. Si nous reconnaissons aisément la valeur du rôle attribué à l'outil-instrument, notre observatoire montre à quel point la conception de la performance semble être une grande force de migration de l'outil dans l'usage. Resterait ici à départager ce qui s'entend par performance organisationnelle et performance clinique, puisque les deux sont actuellement confondues.

L'utilité et les utilisations des statistiques sont généralement assez bien comprises par les intervenants à qui est régulièrement rappelée l'exigence d'être assidus dans la saisie des statistiques qui servent à la reddition de comptes. Les intervenants sont informés et ont intériorisé les finalités attribuées aux statistiques que sont le financement, la performance organisationnelle, les cibles de gestion, la reddition de comptes, etc. En parallèle de cet usage collatéral des outils cliniques, dont l'OÉMC est central, ils

expérimentent au quotidien le faible usage clinique, c'est-à-dire la faible personnalisation des soins, la réduction des besoins à ce que peut offrir l'établissement, les microréductions de services qui excluent peu à peu des personnes dont ont pourtant été reconnus les besoins (ex. les profils 1-2-3). Ce faisant, la finalité profonde de ces outils, à savoir évaluer les besoins pour que l'intervention publique contribue au maintien, au renforcement ou à la compensation de l'autonomie fonctionnelle des personnes, voire prévienne le déclin fonctionnel, ne leur apparaît d'aucune façon comme la finalité réelle des outils.

Une intervenante nous a dit étonnamment n'avoir jamais été interpellée (ni ses collègues à ce qu'elle sache) parce qu'elle ne faisait pas suffisamment de statistiques. Cela la fait douter un peu à savoir si cela est véritablement regardé et analysé. Ce qui est certain, c'est que ces statistiques ne sont pas le moteur d'un processus réflexif d'amélioration continue de la qualité, comme si les intervenants les complètent que pour satisfaire l'organisation, et comme si l'organisation les collige que pour satisfaire le ministère. Ce sentiment est sans doute dans les faits exagéré, nous pensons bien, en fait nous espérons, que tout cela sert à quelque chose. Mais ce sentiment exprime néanmoins une part importante du sens qui est accordé à l'OÉMC par ses utilisateurs.

La place accordée aux statistiques peut surprendre, mais étant donné l'importance qui y est actuellement accordée, et surtout les fonctions qui leur sont attribuées, nous croyons qu'il est légitime de leur donner le statut de vecteur du processus continu de prescription. Voici d'ailleurs ce qu'écrivent Rabardel et ses collègues à ce propos : « Le concept de travail prescrit renvoie à tout ce qui est défini par avance par l'entreprise [...] et donné à l'opérateur pour définir, organiser, réaliser et régler son travail. » (2002, p. 23).

Nous l'avons vu, les écarts sont généralement perçus par les prescripteurs, qu'ils soient décideurs, gestionnaires ou formateurs, comme des failles à colmater. L'ergonomie cognitive considère qu'il y a forcément un écart entre les deux dimensions du travail (prescrit et effectif), et ce, pour quatre grandes raisons:

- 1) l'impossibilité de prescrire tout le travail;
- 2) les adaptations constantes qui doivent être faites par le sujet-travailleur pour répondre à la complexité des situations qui se présentent à lui;
- 3) la prescription du travail est obscure ou lacunaire;
- 4) le sujet-travailleur redéfinit son travail pour qu'il corresponde le mieux possible à ses propres buts et systèmes de valeurs (Rabardel *et coll.*, 2002).

L'informatisation

Alors que le moyen habituel pour réduire cet écart consiste à former les travailleurs, un autre moyen pour ce faire s'est révélé dans l'informatisation des outils, un moyen peu souvent pensé en ce sens par les théories de l'activité. Au fil des collectes, nous avons pu observer comment l'informatisation des outils agit sur l'utilisation en faisant pression sur l'utilisateur. Contrairement au format papier, l'utilisation doit ici se conformer à ce qui a été programmé. Le meilleur exemple de cela concerne les champs obligatoires à compléter avant de pouvoir passer à l'item suivant. Les bandes déroulantes qui ne prévoient pas la possibilité de personnaliser le contenu agissent dans le même sens, celui de contraindre l'utilisateur plutôt que de le convaincre de l'utilité et de le soutenir réellement dans son effectuation; pour l'écrire clairement, aucun de nos répondants n'a exprimé de la satisfaction à leur égard, surtout pas en termes de soutien à la rédaction, ni même à la réflexion.

De plus, l'informatisation crée un espace de visibilité, au sens de Foucault (1975), soit un dispositif où chacun se sait potentiellement vu par tous, ce qui tend à produire une conformité comportementale, puis attitudinale, car la façon de faire s'intériorise par le fait même dans les utilisateurs de l'outil informatisé. Cette conformité peut avoir des effets bénéfiques (ex. : respect des standards de bonnes pratiques), mais aussi des effets négatifs (ex. : perte de sens de l'action).

Il faut donc se garder de se satisfaire de l'utilisation d'un outil, si conforme au mode d'emploi prévu qu'elle puisse se présenter, parce qu'elle peut agir comme un écran qui cache la forêt des usages. Dans ce cas, l'outil lui-même quitte sa position de médiateur de l'action. Les conditions d'utilisation, comme l'informatisation, peuvent servir d'autres fins que le soutien de l'utilisation ou des usages. Elles peuvent aussi contraindre l'utilisation et ainsi encadrer plus étroitement l'activité afin de réduire autant que possible, les dérogations d'usage. Bien entendu, toute médiation produit des effets, et il serait illusoire de vouloir les contourner tous (Couturier et Belzile, 2016). Il est cependant tout aussi illusoire de croire à leur neutralité absolue. C'est pourquoi il importe tant d'analyser l'usage pour prendre en considération les effets réels des outils sur l'activité, et de réintroduire cette connaissance dans la boucle de conception et de diffusion des outils.

Nos données empiriques ont donc permis d'enrichir l'espace de l'analyse de l'usage prescrit en considérant non plus un, mais trois vecteurs privilégiés pour transmettre la prescription, la formation, la reddition de compte et l'informatisation.

4.1.2 L'espace de l'activité

L'espace de l'activité s'appréhende de deux manières, en partant de l'espace de la prescription pour voir comment il est possible de déployer l'attendu dans l'activité, ou en renversant les espaces, comme le ferait un sablier, pour voir ce qui peut partir de l'activité pour influencer la prescription et la conception des usages des outils cliniques. C'est aussi l'espace des possibles.

C'est dans et par l'activité que le sujet cherche les moyens d'augmenter sa capacité d'agir ou à ajouter de la cohérence entre les buts et les moyens. Les outils cliniques devraient donc permettre à son utilisateur d'atteindre plus efficacement son but (et non être le but) en sa qualité de moyen potentiel de solution, de traitement et d'action pour une situation spécifique. Dans le cas contraire, d'autres outils ou d'autres usages pourraient être développés par les utilisateurs.

Alors que les cadres théoriques utilisés laissaient entrevoir la possible reconception dans l'usage des outils, les données empiriques ont montré que cette possibilité est plutôt réduite. En fait, les intervenants se tiennent très près de la prescription, et adaptent leurs pratiques à ce puissant déterminant qu'est l'usage prescrit de l'outil. Ils plongent en surface seulement dans la reconception, actant quelques catachrèses mineures, mais ne modifiant pas fondamentalement l'outil. Leur espace adaptatif se situe plutôt autour de l'OÉMC, par exemple par une utilisation de documents personnels, mais dont la capacité demeure périphérique.

Le facteur humain

Rappelons ici que notre projet tentait de sortir de la logique causale qui identifie le facteur humain, et plus spécifiquement l'individu, comme la cause des entraves à

l'adoption des outils et autres pratiques innovantes, ce qui peut expliquer en partie le parti-pris en faveur de l'utilisateur pour équilibrer, en quelque sorte, les registres de l'analyse des usages. En accord avec l'ergonomie cognitive, il n'y a pas que du défaut humain : le professionnel qui détourne l'usage prescrit ou qui bricole des solutions *ad hoc* le fait généralement pour deux raisons principales : aux fins de commodité ou de cohérence but-moyen... Ces deux motifs sont le fondement des catachrèses, qui sont en quelque sorte des détournements d'usage effectués par l'utilisateur pour adapter les conditions externes aux contingences de la situation :

La fonction d'un objet n'est pas une propriété fixe et intangible de celui-ci, mais résulte d'un processus d'attribution par le sujet. Les catachrèses peuvent ainsi être considérées comme indicatrices d'activité d'attribution aux artefacts, en fonction de leurs propriétés apparentes ou connues, de fonctions non anticipées ou prévues par les concepteurs. (Rabardel, 1995, p. 101)

Si chaque outil remplit généralement sa ou ses fonctions formelles, celles-ci coexistent avec d'autres fonctions découlant de la nécessaire adaptation de l'activité à la situation. Rabardel (1995) nous rappelle d'ailleurs que « L'attribution de fonctions ne tient cependant pas qu'aux propriétés des artefacts, elle est également liée aux caractéristiques des situations : aux buts [...] mais aussi aux conditions de l'action. » (p. 102).

Dans cette perspective, le bricolage d'outils ne relève pas que du caractère opposant d'un sujet. Il est plutôt une conséquence nécessaire à l'activité, qui doit tenir compte de la situation clinique. Concevoir un outil-maison ou un nouvel usage pour un outil connu donne un sentiment de contrôle sur le travail, un sentiment de personnalisation de l'outillage, sentiment de moins en moins présent avec la standardisation des outils et des procédures, mais aussi avec l'utilisation des plates-formes informatiques souvent rigides (ex. : bandes déroulantes), présentant peu de possibilités de modifier ce qui a été

programmé. Cette perte de pouvoir du travailleur caractérise l'évolution du travail depuis fort longtemps (Schwartz, 2007), et s'accélère par l'informatisation, la robotique et l'intelligence artificielle.

Le travailleur, pour nous l'intervenant, possède dans une certaine mesure la possibilité de créer ses propres outils, ou d'en adapter certains qui lui sont proposés à son contexte. Cette possibilité est cependant déterminée par l'organisation du travail dans laquelle il œuvre, l'artisan ayant plus de marge de manœuvre que l'ouvrier. Traditionnellement, le professionnel est plus proche de l'artisan que de l'ouvrier, mais les outils standardisés et informatisés tendent à réduire sa marge de manœuvre.

Le facteur temps

Le facteur temps est aussi souvent évoqué que le facteur humain pour justifier l'écart à l'attendu. Dans les deux cas, le travailleur est condamné à apprendre à jouer avec ces deux contraintes. Les résultats de l'étude de type « temps et mouvements » réalisée par Delli-Colli (2013³⁸) montrent que les TS du SAD avaient consacré près de 50% de leur temps total disponible à des activités cliniques indirectes comme remplir des outils cliniques ou rédiger leurs notes évolutives. Les activités directes auprès des usagers totalisaient 19 % de leur temps de travail, incluant 2.5% du temps consacré aux évaluations en présence des personnes âgées ou de leurs proches aidants. Delli-Colli (2013) précise que l'organisation du travail dans le site de collecte de cette étude est fractionnée, c'est-à-dire que les TS ayant participé à l'étude travaillaient à partir d'évaluations complétées par une autre équipe de travail. Ces résultats ne tiennent donc pas compte de l'ensemble du processus d'évaluation (collectes de données, raisonnement

³⁸ Il faut noter qu'en 2013, les outils qui nous intéressent étaient moins largement implantés qu'aujourd'hui, et qu'on peut donc anticiper que les chiffres de l'auteure sont en deçà de ce que nous avons observé.

clinique, choix et recherche de ressources, PI, rédaction des notes évolutives, réévaluations, formulaires, mise en œuvre, suivi des effets, etc.).

En plus de l'écart existant entre la charge de travail perçue et le travail effectif, une autre difficulté réside dans le fait que les TS préféreraient le mode oral de communication avec les membres de l'équipe interdisciplinaire impliquée dans l'intervention, plutôt que le mode écriture, quand vient le temps de discuter et de choisir une réponse aux besoins de la personne âgée, ce qui converge avec nos propres observations. D'ailleurs, durant toute la durée de l'étude de Delli-Colli (93.5 jours d'enregistrement), aucun PI n'avait été formalisé par écrit (ce qui est moins possible aujourd'hui, avec la reddition de compte qui inclut le PI et l'informatisation des outils). Ces données sont globalement convergentes avec les nôtres, bien que nous n'ayons pas mesuré les tâches qui occupent l'espace de l'activité. La proportion du temps consacré à compléter les outils, le séquençage des tâches de même que le fait que l'activité d'évaluation déborde des outils trouvent aussi écho dans nos résultats.

Toutefois, l'absence de données écrites (ex. : les PI) peut s'expliquer autrement que par le manque de temps. Selon la thèse de Robin (2013), cela participe de l'invisibilité de certaines pratiques professionnelles. Identifier un problème n'est pas chose facile (puisque'il est le plus souvent marqué par l'incertitude et l'indicibilité), et plusieurs intervenants préféreraient passer outre cette étape pour aller directement à l'orientation ou à l'intervention, car « en rendant l'évaluation explicite, l'approche instrumentale rend dès lors l'évaluation discutable et perfectible. » (Robin, 2013, p. 42). Dans le cadre de notre étude, nous pouvons dire que le pari de la visibilité de l'évaluation est plutôt atteint, mais que c'est toute l'activité de planification qui reste à élucider.

Les catachrèses

S'il est clair qu'une activité comme l'évaluation ou la planification ne peuvent se réduire à leurs outils, il faut bien reconnaître que l'outil fait une partie du travail, et qu'il constitue un « opérant [...] au sens où il prend en charge une partie de la tâche : il effectue un travail » (Rabardel, 1995, p. 73). Nélisse (1998) exprime la même idée lorsqu'il mentionne qu'un outil est conçu pour exécuter une opération précise, mais qu'il peut aussi servir à d'autres usages que celui pour lequel il a été conçu. Néanmoins, dans tous les cas, un outil ne peut exécuter une action par lui-même, car il implique toujours un utilisateur. C'est ce que Rabardel exprime quand il fait passer l'outil et sa dimension artefactuelle à l'instrument, c'est-à-dire un outil qui comprend la mise en usage par un utilisateur. Reste qu'une part du travail demeure peu instrumentée et, d'une certaine manière, indicible et ingérable. Ce sont les urgences, les demandes imprévues qui sont formulées par les usagers, les attentes des gestionnaires ou des partenaires cliniques, ou encore le temps qui devra être investi pour stabiliser une situation, mobiliser des ressources, etc. Tout cela altère la pureté conceptuelle de l'outil. Si l'on consulte l'agenda de travail des intervenants ou I-CLSC, ces activités n'y seront pas consignées, même si elles accaparent la plus grande part du travail.

Il faut donc se tourner du côté des catachrèses pour identifier les amorces de reconception des outils ou des usages. Les plus courantes concernent des détournements d'outils ou d'usages aux fins d'économie d'effort (en raison de leur disponibilité et de

leur proximité) ou de recherche d'efficacité comme l'a identifié Lefort (1970, 1982)³⁹. C'est ainsi que compléter le SMAF avec plus de détails et de rigueur et accorder moins d'attention au reste de l'OÉMC, s'avère une stratégie d'économie de temps qui participe du même coup à une forme d'efficacité dans le contexte où les demandes et les besoins augmentent, mais pas les ressources, et que ce qui compte, c'est le profil Iso-SMAF. De même, interchanger les outils en considérant par exemple que les orientations de la synthèse peuvent agir comme outil de planification illustre un détournement d'usage qui a comme motif l'économie de temps, certes, mais aussi une certaine efficacité puisque, aux dires des intervenants, le PI s'étire sur plusieurs pages et qu'il n'est pas du tout consulté.

À la question posée : «Si vous aviez le choix, quel outil ajouteriez-vous à votre coffre?», la grande majorité des participants ne savait quoi répondre. La connaissance des autres outils cliniques disponibles a semblé très limitée pour la plupart, sauf s'il s'agissait d'outils qu'ils utilisent régulièrement dans leur pratique, comme l'échelle de Berg pour les TRP ou les protocoles de traitement des plaies pour les infirmiers/infirmières. Il faut souligner que l'espace mental et le temps disponible pour chercher d'autres outils, se former, lire des articles scientifiques, etc. sont très réduits. Ce n'est donc pas par réticence que les intervenants demeurent centrés sur les outils connus, mais bien en raison de la nécessité impérieuse de focaliser leur temps de travail sur ce qui compte le plus du point de vue de leur employeur.

³⁹ Les publications de Lefort ne nous ont été accessibles que par l'entremise de Rabardel, 1995 qui les explique et les cite dans sa bibliographie : Lefort, B. (1970). - Les utilisations d'outils et la fiabilité de l'organisation, in Recherches menées dans la sidérurgie Française, Rapport à la CEE.
Lefort, B. (1982). - L'emploi des outils au cours de tâches d'entretien et la loi de Zipf-Mandelbrot, Le Travail Humain, T. 45, n° 2, pp 307-316.

Regardons maintenant les catachrèses selon les deux types de processus, l'instrumentalisation (ou la création) et l'instrumentation (ou le réinvestissement), qui sont tous deux le fait du sujet-travailleur (Rabardel, 1995).

Le processus d'**instrumentalisation** concerne l'outil matériel (la composante artefactuelle) auquel une gamme de transformations peut lui être destinée, dont la sélection, le regroupement, la production et l'institution de fonctions, en passant par les détournements d'usage, jusqu'à la transformation de l'outil, et ultimement, la production intégrale d'un nouvel outil (Rabardel, 1995). Dans ce processus, l'action est dirigée du sujet vers l'instrument ($S \rightarrow I$). Ce que nous avons observé est modeste à ce propos. Tout au mieux, les quelques catachrèses observées se situent au début du processus d'instrumentalisation, c'est-à-dire qu'elles n'atteignent pas la transformation de l'outil, encore moins la création d'un autre outil. À titre d'exemple, une intervenante (1-TS005) rapporte que comme elle envoie le SMAF aux résidences privées d'hébergement, elle choisit parfois d'écrire certaines informations ailleurs (par exemple dans les notes évolutives) plutôt que dans les espaces prévus pour les commentaires, car si certains partenaires sont discrets, d'autres le sont moins. Il peut donc y avoir des usages stratégiques qui sont faits des outils cliniques et certaines fonctions qui leur sont attribuées.

L'attribution d'une nouvelle fonction à l'outil peut, selon Rabardel, être locale et éphémère, pour s'ajuster à une situation particulière, ou encore être globale et pérenne. Dans ce qu'il nous a été donné de voir, les fonctions attribuées à l'OÉMC sont surtout de ce deuxième ordre, notamment pour tout ce qui concerne la partie standardisée de l'OÉMC (le SMAF) et les usages des profils Iso-SMAF qui sont définis par les

prescripteurs. En fait, la prescription et l'effort pour s'en rapprocher occupent tellement de place et de temps que même les détournements du premier ordre, c'est-à-dire locaux et éphémères, peinent à émerger.

Le détournement d'usage de l'OÉMC (2009) le plus flagrant est sans doute la transformation de son but clinique premier, soit d'évaluer les besoins de la personne en perte d'autonomie, au profit de l'atteinte d'une cible de gestion qui le consacre à titre d'indicateur important de la performance organisationnelle (et non clinique). Cette catachrèse n'est toutefois pas le fruit des utilisateurs (intervenants), mais un usage induit par les prescripteurs (décideurs et gestionnaires).

Par ailleurs, si le PI devrait logiquement être considéré comme un usage de l'OÉMC, l'état actuel de ses usages est loin d'atteindre cette visée. Malgré le changement de support (du papier à l'informatisé), le résultat n'est pas plus réjouissant que les constats qui ont été faits il y a plusieurs années et qui ont été rapportés dans le chapitre de la problématique. Du point de vue des intervenants, son contenu ne semble pas du tout s'être amélioré. Sa fiabilité et son utilisabilité n'ont pas elles non plus évolué positivement. Les catachrèses sont ici davantage des détournements d'utilisation (manière de le compléter), que des détournements d'usage puisque les PI n'engagent aucun comportement, c'est-à-dire aucun usage, jusqu'à maintenant. S'il n'y avait aucun PI, cela aurait peu d'effet, autre que de faire une entorse au principe que cet outil est potentiellement utile. Seuls quelques infirmiers/infirmières ont mentionné une utilité pour la continuité informationnelle pour leurs remplaçants. Actuellement, tous les usages possibles des PI demeurent incertains.

La surabondance des outils maison questionne aussi certainement les usages effectifs de l'OÉMC. On peut se demander ce qui justifie cette prolifération et leur développement qui a encore cours aujourd'hui. Leur présence se justifie-t-elle par un manque de créativité des usages effectifs des outils en place? Ici encore, leur conception n'est majoritairement pas un produit de l'usage effectif (donc des utilisateurs), au sens de l'instrumentation ou de l'instrumentalisation, mais bien à l'origine des prescripteurs organisationnels. Ce qui est étonnant, c'est que ces outils reprennent les données pourtant collectées avec l'OÉMC, sans que cela soit pleinement conscient. Nous n'avons pas entendu de remises en question fondamentales de ces nombreux outils, si ce n'est la plainte lancinante et vague à l'égard de la «paperasse», parce que chacun d'eux a dans les faits pour fonction d'ouvrir une porte d'accès à un service, une réponse aux besoins des usagers; en ce sens, ils participent à la capacité d'agir des intervenants et à l'activité clinique, tout en augmentant la charge de travail.

Dans chacun des cas étudiés, l'outil n'a pas subi une transformation matérielle pour en assurer un usage nouveau. Il s'est plutôt produit une modification de ses propriétés constituantes en traçant une voie élargie de ses usages organisationnels possibles. Sauf que, ce faisant, c'est l'usage clinique qui s'est minoré et qui a donc été détourné au profit d'une nouvelle attribution de valeur, cette fois-ci, managériale.

En principe, l'arrivée du SMAF social aurait pu être considérée comme une transformation de l'outil OÉMC (2009), mais elle est encore là, pas du tout consécutive à l'usage effectif de l'outil, pas plus qu'elle agit par anticipation ou par compensation pour faire en sorte que l'outil soit mieux adapté à sa fonction d'évaluation globale. Au total, et en pratique, il s'agit d'un désaveu de l'OÉMC (2009) quant à sa capacité à simplifier le

travail (ex. les référencements) et à se positionner comme un instrument qui permet à son utilisateur d'augmenter sa capacité d'agir dans le réel.

Les processus d'**instrumentation** devraient présider à l'émergence et à l'évolution des utilisations. Dans ce processus, l'action est dirigée de l'instrument vers le sujet ($I \rightarrow S$). L'instrumentation s'est particulièrement révélée au travers de l'informatisation des outils et des promesses qui y ont été associées, notamment en termes d'augmentation de la capacité à faire, en réduisant le temps de travail requis et les duplications, et en facilitant le partage de l'information. Encore une fois, ce processus n'a pas été initié ni voulu par les utilisateurs, et les attentes n'ont pas été satisfaites.

La genèse instrumentale

Quand les sujets développent leurs propres instruments, on peut parler de genèses instrumentales, mais comme sur nos terrains tout est rapidement institutionnalisé, cela explique peut-être que nous ayons eu peu accès à de l'information nous permettant de retracer l'histoire de développements instrumentaux. Ainsi, il se peut très bien que l'aide-mémoire des tâches qui accompagnent l'OÉMC, qui a été mentionné sur le site 1, ait été à la base une création d'un intervenant qui en a fait profiter ses collègues par la voie de l'organisation⁴⁰. Il se peut aussi que ce soit l'organisation qui ait produit cet outil pour s'assurer que la procédure soit suivie, et que tous les outils qui accompagnent chacune des étapes entourant l'évaluation soient complétés. En fait, un seul exemple d'outil conçu par les utilisateurs nous a été présenté. Il s'agit d'un outil de priorisation permettant la gestion de la liste d'attente en réadaptation qui a été développé dans un RLS avant la dernière fusion des établissements dans le site 1. Or, si cet outil est toujours utilisé et que

⁴⁰ Nous avons entendu cette perspective pour un format de notes évolutives qui a été conçu par un intervenant et qui a suscité l'intérêt puis son adoption par ses collègues.

ses utilisateurs jugent qu'il est simple à compléter, efficace et qu'il convient à leurs besoins, ils craignent que la nouvelle organisation ne les empêche de continuer à l'utiliser, parce que sa conception n'a pas suivi de procédure officielle et que la technologie qui le soutient est un peu « archaïque », aux dires du participant. Cet exemple touche un point important qui explique en partie que la reconception d'outil soit possible si la validation métrique doit présider à l'avènement de nouveaux outils.

Les détournements d'usage attendu ont aussi pris la forme de non-usage. C'est le cas d'un outil de détection qui a été imposé aux professionnels de la réadaptation dans un secteur. Ils le « boycottent » *de facto* parce que, de leur point de vue, trop de cas de faux positifs ont été identifiés. Ce boycott n'a fait l'objet d'aucun suivi de la part de l'organisation. Cela montre soit que, dans les faits, cet outil ne constituait pas une priorité, soit une défaillance dans le monitoring et la conduite du changement, mais en aucun cas une capacité organisationnelle à considérer l'usage dans la reconception de ses outils.

Un autre mode de détournement est l'utilisation minimale, c'est-à-dire une entrée modeste des données qui permettent de compléter l'outil, sans préoccupation importante pour le contenu et la qualité des données. La manière de compléter le SMAF social en est un exemple parlant.

Si les intervenants ont été en mesure de nous identifier plusieurs difficultés qu'ils rencontrent avec la plate-forme RSIPA, et même s'ils ont conscience qu'ils n'ont pas de réel pouvoir pour changer les choses, ils nous ont fait montre de capacités à formuler des recommandations concrètes pour faciliter leur travail avec tous ces outils. Mais ils nous ont aussi signalé qu'il n'y a aucune possibilité pour eux de faire remonter leurs savoirs

pratiques vers les promoteurs et les concepteurs des outils. C'est pourtant aussi avec l'expression de telles recommandations que se prolonge la boucle de reconception incrémentales des outils, plutôt que d'envisager celle-ci uniquement en termes de conception de nouveaux outils. Mis à part les dispositifs humains (formateurs et pilotes) qui ont été présentés en amont de cette section, et dont la capacité à donner suite à ces recommandations est aujourd'hui limitée, il semble que peu de moyens soient pensés pour faire remonter dans l'espace de la prescription, les besoins et les apprentissages qui se font dans l'usage effectif des outils cliniques. Dans les faits, les moyens suivent la logique managériale *top-down*. L'attention est portée sur les moyens de garantir la bonne utilisation des outils et l'atteinte des cibles de gestion.

Les canaux de diffusion de l'activité

Pour identifier quelques-uns des moyens dont disposent les utilisateurs pour diffuser l'usage effectif, nous avons questionné les intervenants pour savoir comment un nouveau professionnel qui arrive dans leur équipe apprend ce qu'il doit faire. Pour plusieurs intervenants, la période d'embauche ou d'orientation dans le service SAPA datait de plusieurs années et ils ne se rappelaient plus des consignes qui leurs avaient été transmises à l'époque, sans compter que ces consignes avaient pu être modifiées depuis. C'est pourquoi il nous est apparu pertinent de rencontrer quelques intervenants ayant une expérience plus réduite. Ainsi, certains nous ont rapporté qu'il y avait bien eu quelques consignes transmises lors de la rencontre avec les ressources humaines, mais concernant les outils, ce sont surtout les collègues qui ont transmis les attentes, comme celles concernant la fréquence des réévaluations.

Une part du prescrit passe aussi par l'interprétation de ce qui est observé dans les discours et les pratiques des nouveaux collègues. Par exemple, un intervenant arrivé en février dans le service a vite compris que l'échéance de la fin de l'année financière (31 mars) préoccupait tout le monde, chacun ne parlant plus que des mises à jour des OÉMC. C'était facile pour lui de comprendre qu'il y avait non seulement des attentes, mais aussi de la pression qui s'accroissait en fin d'année financière. Ce rôle du collectif au travail dans la communication des tâches à faire et des moyens qui sont *de facto* prescrits par le groupe sont convergents avec les travaux d'Aubry et Couturier (2012) concernant l'importance du groupe de pairs dans le processus d'habilitation, dans ce cas, des préposés aux bénéficiaires.

Par extension, la situation appelle, définit, voire conditionne, l'usage, ce qui doit être fait et comment cela doit être fait, en fonction des contingences particulières qui sont présentes. C'est pourquoi, comme le dit Savoyant (2009) :

L'activité déborde toujours la prescription d'une première façon, puisqu'elle la prolonge et la développe à travers sa réalisation effective et concrète, dans laquelle le sujet repère les conditions qui doivent être prises en compte pour définir les opérations d'exécution de l'action et réaliser pratiquement ces opérations. L'activité déborde aussi la prescription d'une seconde façon : le sujet ne fait pas que répondre strictement et successivement, même de façon créative et « intelligente », aux tâches qui lui sont prescrites. [...il ne vient pas créer des] objectifs supplémentaires et distincts qui viendraient s'ajouter à ceux qui sont définis par les tâches élémentaires prescrites, elles viennent plutôt les moduler, les imprégner, les « colorer » ; elles en constituent en quelque sorte des conditions de réalisation particulières qui caractérisent ce qu'il nous paraît approprié d'appeler la « situation ». (2009, pp. 96-97).

Les deux vecteurs de transmission de l'activité sont donc le groupe de pairs et la situation clinique. Mais comme nous l'avons décrit, les canaux qui permettraient de faire remonter les savoirs pratiques et les besoins pragmatiques vers la prescription n'ont pas

pu être identifiés. Une possibilité se trouve-t-elle dans le renversement du sablier des usages? Cela ne garantirait pas que la prescription s'imprégnerait des nouvelles données, et cela ne permettrait pas non plus d'articuler théoriquement et en continuité, les processus institutionnalisés de conception des outils et ceux de reconception dans l'usage ou, comme le soutient Pastré (2011), de conceptualisation dans l'action. C'est pourquoi il nous apparaît préférable de reconduire la configuration des espaces d'usages comme un système, plutôt que comme une séquence qui fait alterner les registres et qui créerait, dans ce cas, une subordination de l'un à l'autre plutôt qu'une conjugaison de mouvements porteuse d'un enrichissement mutuel.

4.1.3 L'espace de la normativité

Selon les matériaux théoriques mobilisés, les catachrèses qui accompagnent l'usage effectif des outils sont motivées par une économie d'effort ou la recherche d'efficacité. Les données empiriques ont fait émerger un autre motif, très présent, soit le respect de la norme. Les sources de cette normativité sont multiples (ex. : politiques publiques, ordres professionnels, attentes sociales, groupes d'appartenance, attentes des usagers) et diffuses, car elles ne sont pas consignées dans un registre particulier d'usages. Nous pensons que cette normativité, bien que floue et plurielle, permet de relier les deux espaces d'analyse que sont l'espace de l'usage prescrit et celui de l'usage effectif, et qu'il facilite, si ce n'est leur pleine cohésion, une cohésion suffisante pour maintenir le système *a minima* fonctionnel.

L'espace de la normativité est apparu dans plusieurs usages des outils cliniques. Ainsi, plusieurs usages effectifs de la prescription étaient strictement une réponse à une

demande normative. C'est bel et bien le cas des PI et du SMAF social qui ne trouvent actuellement aucune autre raison d'être complétés, que le respect de la norme puisque ce n'est ni une finalité d'économie ni une d'efficacité qui fondent ces usages. C'est même le contraire dans le cas du PI qui mobilise beaucoup de temps. Bien sûr, la norme pourrait relever de l'espace de la prescription, mais les utilisateurs accordent à cette norme suffisamment de valeur pour faire comme si, dans certains cas, elle remplissait tout l'espace du travail. La réponse à la normativité agit comme le goulot d'étranglement du sablier et met minimalement en cohérence l'espace de la prescription et celui de l'effectivité.

Les données empiriques nous amènent donc à revoir la figure 6 qui a été dessinée pour représenter les espaces d'analyses des usages. Quelques touches viennent bonifier chacun des espaces, comme il a été expliqué plus haut.

Le MSSS occupe l'espace de la prescription de l'OÉMC de manière magistrale et prégnante. Il dispose de trois canaux de diffusion privilégiés que sont la formation, la reddition de comptes et l'informatisation. Les organisations relaient le MSSS pour faire descendre la prescription dans l'espace de l'activité.

Les activités de conception des outils se déploient en lien avec le MSSS, pour assurer une mise en œuvre élargie qui se rapproche de leur but. Cette activité conserve un lien avec l'espace de l'activité qui leur a été utile pour développer et pour valider les outils, auprès de groupes d'utilisateurs principalement en mode expérimental. C'est pourquoi deux types d'interventions ont été distingués, celles qui appuient le développement et l'utilité de l'outil sont les interventions types qui vont de pair avec la standardisation. Elles s'appuient sur les interventions situées, mais sans y être assimilées, car c'est parce

qu'ils sont confrontés aux situations non prévues par les outils et leurs usages que les utilisateurs revoient les usages des outils, de manière à ce qu'ils soient les plus utiles et les plus sensés.

L'espace de l'activité est l'espace du travail et aussi celui des catachrèses où sont détournés les usages et les outils, mais aussi où ils se recomposent. C'est aussi dans cet espace que la prescription se bute au travail réel, aux situations particulières et aux autres prescripteurs de l'usage. L'intervenant doit incessamment arbitrer les prescriptions nombreuses et parfois antagoniques qui sont présentes dans les situations dans lesquelles il est appelé à intervenir. Il doit tenir compte de l'ensemble des conditions et c'est pourquoi il est question d'interventions situées.

Enfin, un espace traverse les deux autres, c'est celui de la normativité, notamment celle édictée par le MSSS responsable de l'ensemble de la stratégie globale du système de santé et de services sociaux. À ce prescripteur incontournable des normes du système en place, s'ajoutent d'autres instances comme les ordres professionnels et même les établissements CISSS/CIUSSS. Bien que les acteurs de ces espaces soient tous confrontés à des normes (politiques, sociales, professionnelles, etc.) qui sont les leurs, chacun tente de faire valoir le bien-fondé de ses décisions et de ses actions en s'appuyant sur cet espace et en les imposant, d'une certaine manière, aux autres. Ce qu'il faut retenir à ce moment-ci, c'est que les activités sont toutes traversées de normes, mais que la normativité ne remplit pas tous les espaces, qu'il y a plus ou moins de place pour travailler, pour créer, pour penser, pour apprendre et pour se réaliser.

C'est la même logique qui est à la base de la cible ministérielle visant le 90% d'outils complétés. Ici, c'est le volume qui fait foi de tout, avec peu d'égard pour la qualité des

évaluations et pour leur capacité à avoir les effets attendus dans le réel. Cela aura pour conséquence que les outils seront faits *pour être faits*, et que plusieurs d'entre eux seront mal fait. Ce faisant, la norme ministérielle, qui procède sans conteste d'une bonne intention (provoquer l'habitude de compléter les outils), a pour contre-effet de faire expérimenter à des intervenants volontaires, mais débordés, des pratiques inadéquates en tous points.

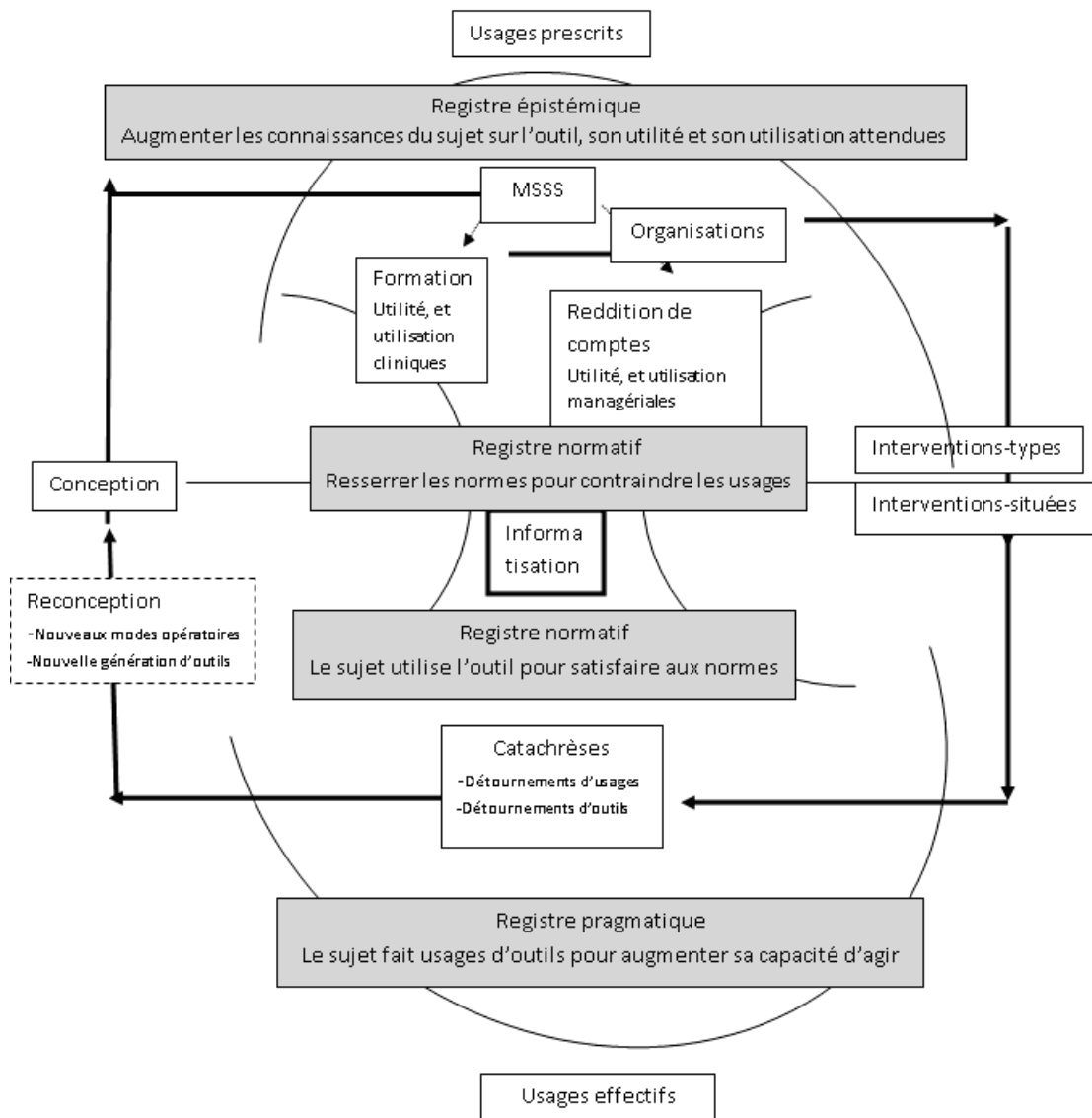


Figure 11. Articulations des espaces d'usages

4.2 Portée et limites des résultats

Trois limites seront exposées ici, tout en rappelant le caractère exploratoire de cette étude qui a cherché à saisir et à décrire l'usage effectif des outils cliniques, en entrant par l'observatoire offert par l'OÉMC (2009). Ces limites concernent la généralisation, le déséquilibre des descriptions des usages et la réplication du modèle conceptuel construit.

D'abord, l'impossible généralisation des résultats tient bien entendu à la taille et à la composition de l'échantillon. Pour la taille, les chiffres parlent d'eux-mêmes, en considérant que deux sites CIUSSH/CISSH sur une possibilité de 22 organisations ont été étudiés. Nous n'avons pas non plus collecté des données dans tous les secteurs ou anciens territoires de RLS qui composent ces nouvelles entités organisationnelles, donc nous n'entretiens aucune prétention à une description exhaustive qui rend compte de chacun des sites. Par contre, nous pensons qu'en raison des contrastes géographiques et populationnels, ainsi que des caractéristiques des ressources disponibles et de leur plus ou moins grande proximité avec la recherche, nous avons un appui empirique suffisant pour considérer l'éventail des possibilités d'usages en question.

Il nous faut ici préciser qu'une autre forme de stratification, non prévue au devis initial, s'est révélée pertinente pour nuancer les résultats. L'identification des milieux a été, rappelons-le, laissée à la discrétion des organisations. Or, par l'effet du hasard, nos échantillons de milieux (entendus ici en termes de RLS et de secteurs) ont été majoritairement constitués hors des grands centres. Cette variation est généralement interprétée en mode rural/urbain, mais, dans notre étude, c'est plutôt la taille des équipes qui a provoqué un renouvellement des interprétations des usages effectifs. C'est ainsi que l'organisation du travail a montré que ses transversalités s'établissaient non seulement en

fonction des sites (CISSS/CIUSSS), mais aussi en fonction de la taille des équipes de travail. L'amplitude de l'intervention dépassait les activités instrumentées pour y insérer davantage de suivis et d'interventions disciplinaires dans les secteurs ayant moins d'intervenants à leur disposition. La taille des nouvelles organisations que sont les CISSS/CIUSSS apparaît être une bien imparfaite assise pour fonder les décisions et les interprétations, du moins parce que cette échelle fait perdre de vue toutes les nuances qui se trouvent dans les petits milieux, et que ces données ne font pas le poids dans le traitement des statistiques de masse. Écrit autrement, et pour paraphraser Pastré (2011) qui disait qu'il y a toujours plus dans l'activité que dans les tâches prescrites, nous pouvons dire qu'il y a toujours plus dans l'intervention que dans les statistiques.

Si l'on veut connaître et comprendre les pratiques des professionnels, dans lesquelles s'insèrent les usages effectifs des outils cliniques, il faut diversifier les moyens de les appréhender et les méthodes pour les interpréter. Il y a donc des indicateurs nouveaux à identifier ou à mettre en relation, au-delà des nombres d'outils complétés et au-delà (ou en deçà) des vastes territoires de référence. Un plus grand nombre de sites aurait pu fournir une plus grande variation des usages, notamment pour ce qui concerne les usages au sein des plus grosses équipes de travail auxquelles nous avons été peu exposée.

Les variations disciplinaires, bien que présentes, étaient disproportionnées dans nos analyses et devraient, à ce stade-ci, être prises comme des pistes à explorer plutôt que comme des résultats phares. En lien avec la diversité des disciplines, une question se pose, à savoir si la multidimensionalité de l'outil doit nécessairement se conjuguer avec le fait que plusieurs intervenants, de différentes disciplines, doivent être capables de compléter l'outil pour en assurer un usage interdisciplinaire. Dans le même sens, on peut

se demander si l'attribution davantage disciplinaire qui a court actuellement, contrevient ou pas à l'intention ou au potentiel interdisciplinaire de l'OÉMC. Ce qui est certain, c'est que si l'on considère l'usage effectif de manière réductrice, le limitant à sa bonne utilisation, des pratiques vont se définir et se maintenir dans l'ombre de la prescription. Au contraire, si on est capable de penser l'OÉMC en termes d'usages recomposés qui permettent d'ajouter du sens à ce qui se fait et à ce qui pourrait se faire, le concept d'usage effectif alors peut contribuer au maintien signifiant de l'OÉMC dans l'intervention.

Le PI se présente en principe comme l'usage premier de l'OÉMC, mais ce n'est pas le cas en pratique. Ce constat ouvre une fenêtre de possibilités à explorer. Nos résultats ont mis au jour plusieurs rendez-vous manqués pour créer du sens avec les outils, dont au premier titre le PI; si rien n'est fait, il n'est rien de moins qu'en péril. Pourtant, certains formulaires de demandes ou de références (au CASSAD, notamment), pourraient diminuer ou même disparaître au profit du partage des PI. Ceci est un exemple, mais comme les intervenants n'ont pas perdu complètement le sens d'une utilité théorique du PI, les mettre à contribution pour reconcevoir avec eux ce dont ils auraient besoin pour mieux travailler semble une voie prometteuse. Ajoutons qu'à cette question, concernant ce dont ils auraient besoin pour mieux travailler, la majorité des participants a répondu spontanément : « En tous cas, pas d'autres outils ! ».

Une autre limite que nous présentons ici est la plus faible part d'analyse qui a été accordée aux usages prescrits. Nous n'avons pas épuisé la description de ces usages et, par conséquent, les écarts qui se manifestent entre les formes d'usages. La focale s'étant déployée sur la partie cachée de l'usage, nous avons moins insisté pour avoir accès au

prescrit ; cet espace demeure donc à parfaire. De plus, comme la prescription se fait en continu, se redéfinissant et se modulant parfois dans les décisions des gestionnaires, il est méthodologiquement plus difficile qu'il n'y paraît à première vue de faire une analyse exhaustive de la prescription.

De plus, la réplication du modèle des espaces de l'analyse des usages, appliqué à d'autres outils cliniques, serait une étape de validation plus coûteuse de sa capacité à soutenir la compréhension de ce qui se passe et de ce qui se transforme lorsqu'un outil s'insère dans les pratiques. Car il faut se rappeler ici que notre objet d'étude n'était pas l'OÉMC, mais bien l'usage, et que cet usage concerne de nombreux objets empiriques.

Enfin, l'étude de ne s'est pas intéressée au point de vue des usagers ou de leurs proches. S'ils ne sont pas des utilisateurs directs des outils, leur point de vue aurait tout de même pu enrichir notre réflexion.

4.3 Recommandations

Nous voici rendus au cinquième et dernier objectif de cette thèse, à savoir la formulation de recommandations pour différents groupes qui ont un pouvoir d'influence sur les usages des outils cliniques dans l'intervention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Nous nous sommes adressée aux différents groupes d'intérêts séparément.

4.3.1 Pour les concepteurs

Les concepteurs des outils cliniques sont le plus souvent des chercheurs qui ont à cœur de contribuer à l'amélioration des pratiques. À la lumière de nos résultats, il apparaît

pertinent que soit aussi considéré le point de vue des utilisateurs pour s'assurer d'une adéquation entre l'outil développé et ses utilisateurs. Cette préoccupation pourrait en outre dépasser la phase de conception pour s'étendre à l'implantation en mode expérimental et même se prolonger dans des améliorations apportées suite à un usage durable et étendu qui peut se redéfinir en fonction des besoins des utilisateurs.

Il semble aussi important que soit clarifié la fonction attribuée à l'informatisation, à savoir si elle est d'abord palliative aux erreurs et aux incapacités humaines, ou si elle vise à soutenir l'utilisateur, car cela change la manière de penser les outils et leurs usages attendus. Cela change aussi la perspective de la conception à savoir si les outils sont conçus en fonction des environnements humains ou si ce sont les environnements humains qui doivent se transformer pour correspondre aux outils. Le rapport des utilisateurs aux outils amène à formuler les recommandations suivantes :

- Développer une stratégie continue de captation des transformations qui s'opèrent dans les usages effectifs et en identifier les savoirs qui s'y construisent dans une perspective d'amélioration continue des outils.
- S'intéresser à ce que suppose l'insertion de nouveaux outils dans le travail des intervenants avant de les implanter.
- Considérer les connaissances qui sont mobilisées dans l'usage effectif des outils cliniques qui se prolonge dans la durée, au-delà de la phase expérimentale, pour pouvoir les réinvestir dans les outils et dans la prescription des usages.
- Développer un chantier de recherche sur la question de la planification clinique.

- Définir la performance clinique qui peut être soutenue par les outils, en associant les intervenants, et de manière à la distinguer de la performance organisationnelle.

4.3.2 Pour les décideurs

Un outil n'arrive jamais seul dans un environnement organisationnel et humain vierge. Implanter un outil clinique veut dire considérer les outils et les systèmes déjà en place, déjà utilisés et trouver comment tous ces outils peuvent vivre ensemble. L'arrivée d'un nouvel outil implique plusieurs changements, pour les utilisateurs, pour les manières habituelles de penser et de faire, pour développer et attribuer un sens au changement, etc. le point de vue des utilisateurs est en ce sens requis pour bien implanter et accompagner le changement en situation. Sans un accompagnement du changement qui tienne compte de ce que les outils font aux utilisateurs et éventuellement de ce que les utilisateurs font des outils, l'adoption de l'outil risque d'être partielle, minimale et désincarnée. Aussi, l'édiction de normes, si elle est nécessaire en fonction de principes comme la standardisation et l'harmonisation qui assurent une certaine équité dans la dispensation des services, en plus de minimiser la charge cognitive des utilisateurs, il faut reconnaître qu'elle ne suffit pas, à elle seule, à assurer un passage significatif dans la sphère de l'activité.

Par ailleurs, la double finalité de l'utilisation des outils clinique, soit celle clinique et celle managériale, est en soi une bonne idée, il faut se garder des dérives qui réordonne les usages de manière à dissoudre l'une des finalités. C'est le constat qui est fait de l'outil d'évaluation dont l'usage effectif rend compte avant tout de la productivité, en minimisant le travail réel, son amplitude et son sens clinique. C'est pourquoi il faut donc

user de prudence dans l'utilisation et dans l'interprétation des statistiques qui sont produites sur la base du nombre d'outils complétés. La quantité des interventions (*outputs*) ne dit pas grand-chose de la qualité (*outcomes*). Ce qui compte pour le système est rapidement décodé par les intervenants. Il faut donc trouver des moyens de conjuguer des équations qui structureraient la quantité et la qualité de ce qui est réalisé pour éclairer les décisions managériales sans éclipser l'activité clinique. Dans l'état actuel, ces considérations présentent des défis importants qui nous conduisent à formuler les recommandations suivantes :

- Identifier clairement les objectifs cliniques des outils promus et développer un monitoring de leur utilisation qui permet de capter ces objectifs, au-delà de la seule reddition de compte volumétrique.
- Établir un dispositif de remontée des savoirs contenus dans les usages effectifs comme une étape essentielle d'une stratégie nationale d'amélioration continue des outils.
- Au-delà des formations nationales, prévoir un dispositif de suivi de la mise en œuvre des outils et d'accompagnement du changement. Ce dispositif doit être sensible à l'ensemble des conditions (ex. : technologiques) d'usage.

4.3.3 Pour les formateurs

Le déploiement des dispositifs de formation pour l'OÉMC devrait être inspirant pour les autres outils, car il semble que l'outil a été non seulement bien implanté, mais qu'il a été véritablement adopté par les intervenants et cela dans la durée.

L'utilité des outils doit faire partie de la formation et doit être rappelée (ne pas être tenue pour acquise). Un chantier important en ce sens concerne les PI pour qui la finalité clinique est à revaloriser et à opérationnaliser.

La formation doit porter une attention particulière pour distinguer le support de l'outil et l'outil lui-même, surtout quand il est question d'outils informatisés. Considérer l'outil comme un moyen de réaliser une activité peut être aidant en ce sens.

Les grands principes de la didactique professionnelle pourraient être utiles pour penser les formations et aussi les dispositifs qui les prolongent. Cela permettrait de penser la formation et l'activité comme un mouvement d'enrichissement mutuel. Rappelons ces trois grands principes (Pastré, Mayen et Vergnaud, 2006) :

1. L'analyse des apprentissages ne peut pas être dissociée de l'analyse de l'activité des acteurs.
2. Analyser la formation des compétences professionnelles implique qu'il faille d'abord les observer sur les lieux de travail.
3. Les concepts de schèmes et d'invariants opératoires (développés par Piaget et Vergnaud) permettent de comprendre comment s'articulent les apprentissages et les activités dans un contexte de travail, rendant possible l'accession à une intelligence de l'action.

En appui, sur les « bons coups » de la formation de l'OÉMC et pour optimiser les dispositifs en place, nous proposons de :

- Concevoir des formations continues qui visent à soutenir le sens clinique des outils.
- S'enquérir des besoins de formation que soulèvent les usages effectifs des outils cliniques (ex. les aspects légaux et éthiques du partage des outils cliniques) pour « faire vivre » les outils dans l'intervention située.
- Prolonger les formations continues de dispositif d'accompagnement du changement dans la durée.

- Introduire dans les formations initiales les fondamentaux de la pratique évaluative instrumentée et de la planification.

4.3.4 Pour les gestionnaires

Les gestionnaires constituent un groupe peu homogène, très hiérarchisé. Mais peu importe leur proximité avec les professionnels, ils ont tous un rôle important dans la définition des usages qui seront faits des outils, soit en prolongeant la prescription ministérielle, soit en définissant des outils ou des usages organisationnels. Les gestionnaires de proximité sont souvent au carrefour de l'espace de la prescription dont ils sont les messagers et de celui de l'activité réelle qu'ils peuvent faire valoir auprès des hauts dirigeants et des décideurs. Ils pourraient, en effet être des médiateurs de la connaissance contenue dans les pratiques. Pour ce faire, voici quelques recommandations à leur intention et à celle de leurs supérieurs :

- Se former aux logiques cliniques des outils.
- Revoir les usages prescrits des profils Iso-SMAF comme principal critère de décision et interpeller au besoin le ministère pour les prescriptions qui le concerne (ex. : règles d'accès à l'hébergement).
- Identifier les conditions fonctionnelles qui entravent les usages des outils (ex. : enjeux technologiques) et en informer les décideurs.
- Impliquer les utilisateurs dans les démarches d'amélioration des outils et dans les discussions concernant les usages souhaités.

- Déployer une stratégie d'accompagnement du changement tenant compte de l'importance des usages effectifs et des savoirs qui en découlent.
- Inscrire l'usage des outils cliniques dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.
- Analyser les outils maison au regard des outils cliniques nationaux.

CONCLUSION

Dans sa conception de l'activité instrumentée, Rabardel (1995) accorde une place irremplaçable au sujet dans les définitions des outils et de leurs usages, ceci en reconnaissant que le sujet baigne dans un univers de normes rattachées à l'outil et aussi à son utilisation, puis à ses usages. C'est ce qu'il appelle l'approche anthropotechnique. Et son message nous rappelle que malgré les multiples attentes et les tous aussi nombreux usages qui accompagnent les outils, ces derniers devraient d'abord soutenir l'activité. Ces outils et systèmes devraient être « pensés, conçus en fonction d'un environnement humain » (Rabardel, 1995, p.2)

Cette thèse, avec les assises théoriques et les méthodologies qui ont été les siennes, a permis d'entrer, de manière originale, dans l'activité des utilisateurs d'un outil clinique important et au cœur du processus d'intervention auprès de la personne âgée, l'OÉMC. Ce plongeon dans l'activité a révélé que cet outil, l'OÉMC, n'était pas le seul en présence dans l'activité clinique. L'accompagnaient d'autres outils, des outils-compagnons, dont l'intervenant devait aussi tenir compte pour faire son travail. L'OÉMC fait l'objet d'une prescription forte portée par la standardisation de sa forme, de son utilisation et d'une partie de ses usages, mais malgré cela, une certaine variation a été observée selon les milieux et selon les professions de ses utilisateurs.

Nous avons aussi montré qu'il est possible de concevoir l'écart, autrement que par son éloignement à la prescription ou comme un défaut à corriger, mais bien comme une source de connaissances du réel. Cet écart est et sera toujours présent quand un outil passe de la conception à la pratique. Il trouve ici particulièrement sa source dans l'espace

de la normativité qui a été dissociée de l'espace de la prescription, puisqu'il traverse aussi l'espace de l'activité. La reddition de compte, le foisonnement désordonné des outils maison, la trop grande importance accordée à la seule formation à l'utilisation de l'outil, la réduction du sens des profils Iso-SMAF à une fonction administrative plutôt que clinique pour l'accès aux services expliquent aussi ces écarts. Les utilisateurs de l'OÉMC répondent à de multiples prescriptions qui sont aussi parfois incohérentes et insensées, en développant des stratégies adaptatives, par exemple, en délaissant certains outils (le PI, le SMAF social) et en privilégiant d'autres (les notes évolutives, les outils maison). Les catachrèses (utilisation d'un outil à la place d'un autre ou usages autres que ceux prévus pour un outil) sont nombreuses et peuvent passer sous le radar de reddition de compte, sous celui des mesures de la gestion de la qualité ou même à l'insu de la recherche.

La construction de la figure des espaces d'usages montre néanmoins qu'il serait possible et utile de constituer un processus réflexif d'apprentissage à partir des usages effectifs. Cela est d'autant plus utile que l'OÉMC est un observatoire unique, non seulement de la place des outils dans le processus d'intervention clinique, mais aussi parce qu'il résiste au temps, il s'est bonifié au fil des années et parce qu'il affirme sa position centrale au travers des réorganisations à l'échelle du système de santé et de services sociaux au Québec. Une telle boucle de réflexivité, instituée de manière rigoureuse, permettrait la constitution d'un système apprenant, rappelant une autre figure familière, soit celle de la Roue de Deming.

Cette étude exploratoire pourrait aussi trouver un prolongement dans une programmation de recherche qui s'intéresserait à la construction du sens clinique associé aux outils par leurs utilisateurs, leurs promoteurs et concepteurs, les formateurs et aussi

les gestionnaires et les décideurs. La contribution réelle des outils cliniques pour augmenter, non seulement les connaissances de la situation et des besoins des usagers, mais également pour permettre d'agir, d'intervenir, est sans contredit une voie prometteuse pour penser et développer des outils qui soient utiles, utilisables et utilisés efficacement. Penser les outils et les systèmes en termes de rapport avec leurs destinataires ou leurs utilisateurs permet de revoir ou d'appuyer la manière de les concevoir pour qu'ils augmentent la capacité d'agir des intervenants qui en font usage. Cette perspective interpelle particulièrement la conception des systèmes technologiques afin qu'ils soient abordés comme des conditions facilitatrices plutôt que comme des contraintes qui se surajoutent aux autres conditions d'usages.

Enfin, nous espérons avoir contribué, bien humblement, à l'avancement des connaissances du moins en nous inscrivant dans son but qui est énoncé par celui qui fût un auteur marquant pour tout le déroulement du projet doctoral, Jacques Hamel, qui aura le dernier mot :

« Il n'est de science que du caché », selon le mot fameux de Gaston Bachelard. Ainsi canalisée, la science a pour but, sinon pour mérite, d'éclairer l'arrière-plan des faits par lequel leur réalité se fait jour et s'explique en vérité, dans la mesure où, par son office, s'établit définitivement un rapport de conformité entre la connaissance et les faits. (Hamel, 1997, p.27).

Cette étude s'inscrit dans le troisième domaine d'application de cette famille théorique, soit les métiers adressés à autrui. En ce sens, cette thèse a profité de ce regard théorique original pour produire ses analyses et elle a contribué à nourrir cette famille théorique en ayant montré comment l'empirie pouvait parfaire la compréhension de l'activité instrumentée des intervenants de la santé et des services sociaux au Québec.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alfarah, Z., Schünemann, H.J. & Akl E.A. (2010). Educational games in geriatric medicine education: a systematic review. *BMC Geriatrics*, open access, Consulté le 9 janvier 2015 <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/19>>
- Andreani, J.-C., & Conchon, F. (2005). Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. [En ligne]. Consulté le 9 janvier 2010. <http://www.escep-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf>
- Arcand, M. & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*. (3^e édition). St-Hyacinthe : Edisem.
- Aubry, F. & Couturier, Y. (2012). L'habilitation des nouveaux préposés aux bénéficiaires par le groupe de pairs dans les organisations gériatriques de type CHSLD au Québec, *Phronesis*, 1(2), 5-14.
- Bachelard, G. (1993). *La formation de l'esprit scientifique* (2^e édition de poche). Paris : Librairie philosophique J. Vrin.
- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bernabei, R., Murphy, K., Frijters, D., Dupaquier, J.-N., & Gardent, H. (1997). Variation in training programmes for Resident Assessment Instrument implementation. *Age and Ageing*, 26-S2, 31-35.
- Becker, H. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte.
- Belzile, L. (2010). *Analyse des pratiques de tenue de dossiers cliniques des gestionnaires de cas sous l'angle de la continuité comme attribut essentiel de la qualité des services*. Mémoire de maîtrise en gérontologie. Faculté de médecine et des sciences de la santé. Université de Sherbrooke.
- Benoit, D., Tousignant, M., Allard, G., Bergeron, M., Dubuc, N. & Hébert, R. (2007). Mesure de l'adéquation de l'offre de services et des besoins des usagers du programme de soutien à domicile : Le passage d'un projet de recherche vers une intégration de données utiles à des fins de gestion. Dans R. Hébert, A. Tourigny & M. Raïche (Eds), *L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (3^e édition, pp. 397-407). St-Hyacinthe: Edisem.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*, 18(4), 499-524.
- Berg, M. (1992). The construction of medical disposals Medical sociology and medical problem solving in clinical practice. *Sociology of Health & Illness*, 14(2), 151-180.
- Bonin, L. & Lebel, P. (Dir). (2005). *Rapport du Groupe de travail sur la planification des services* présenté au Comité scientifique pour l'évolution de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle (OÉMC). Québec.
- Bouquet B., Jaeger M. & Sainsaulieu I. (2007). *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*. Paris: Dunod.
- Bourbonnais, F., Perreault, A., et Bouvette, M. (2004). Introduction of a pain and symptom assessment tool in the clinical setting – lessons learned. *Journal of Nursing Management*, 12, 194–200.

- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris: Seuil.
- Bruder, A. Taylor, N., Dodd, K., & Shield, N. (2013). Physiotherapy intervention practice patterns used in rehabilitation after distal radial fracture. *Physiotherapy*, 99, 233–240.
- Cardinal, L. & Institut national de santé publique du Québec (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, R., & A. Pirès (Eds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 251-271). Boucherville : Gaëtan-Morin éditeur.
- Champy-Remoussenard, P. (2008). Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs*, 8, 11-50.
- Cipriani, L., Landi, F., Sgadari, A., Zuccalà, G. & Barnabei, R. (1995). A gerontological continuing education program: the Resident Assessment Instrument as teaching tool for nursing home professionals. *Educational Gerontology* 21(7): 683-699.
- Clot, Y. (1993). Le travail comme source d'étonnement. *Futur antérieur*, 16(2). [En ligne]. Consulté le 31 mai 2015 <<http://www.multitudes.net/Le-travail-comme-source-d/>>
- Clot, Y., Faïta, D. (2000). Genre et style en analyse du travail. Concept et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42. [En ligne]. Consulté le 31 mai 2015 <http://www.ucm.es/cont/news2/media/clot_yvestexteclot4_3.pdf>
- Clot et Leplat. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain*, 4, Vol. 68, 289-316.
- Cochrane, L., Olson, C., Murray, S. Dupuis, M., Tooman, T., & Hayes, S. (2007). Gaps Between Knowing and Doing: Understanding and Assessing the Barriers to Optimal Health Care. *Journal of continuing education in the health professions*, 27(2):94–102.
- Couturier, Y., & Belzile, L. (2016). *L'intervention de coordination dans les métiers du « prendre soin »*. Nîmes : Éditions Champ social.
- Couturier, Y., Bonin, L., & Belzile, L. (2016). *L'intégration des services en santé : une approche populationnelle*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., & Salles, M. (2013). *La coordination en gériatrie*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cutcliffe, J., & Barker, P. (2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 393–400.
- Czarniawska, B. (2014). *Social science research. From field to desk*. SAGE, chapitre 5 (pp.43-56) Observation on the Move: Shadowing. [En ligne]. Consulté le 30 avril 2015 <https://www.google.fr/search?q=00_Czarniawska_BAB1401B0011_Prelims.indd+3&sourceid=ie7&rls=com.microsoft:fr-ca:IE-Address&ie=&oe=&rlz=1I7MXGB_frCA574&gfe_rd=cr&ei=jRlrVe73BcHI8gezsoG4CA&gws_rd=ssl>
- De Ketele, J.-M. (2010). Ne pas se tromper d'évaluation. *Revue française de linguistique appliquée*, 15, 25-37.

- Dellefield, M. E. (2007). Implementation of the Resident Assessment Instrument/Minimum Data Set in the nursing home as organization: implications for quality improvement in RN clinical assessment. *Geriatric Nursing*, 28(6), 377-386.
- Dubuc, N., Bonin, L., Tourigny, A., Mathieu, L., Couturier, Y., Tousignant, M., Corbin, C., Delli-Colli, N. & Raïche, M. (2013). Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-13.
- Dubuc, N., Bonin, L., Mathieu, L., Tousignant, M., Tourigny, A., Morin, D. et Couturier, Y. (2011). *Développement, implantation et évaluation d'Outils de Cheminements Cliniques (OCC) pour le suivi en communauté de personnes âgées présentant divers profils d'incapacité et certains indices de fragilité*. Présentation au deuxième atelier international des profils de la fragilité à l'intégration des services à l'Équipe des IRSC sur la fragilité et le vieillissement, (conférence 11 novembre 2011), Montréal, Québec
- Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., & Buteau, M. (2004). Les soins de longue durée aux personnes âgées: Choix d'un système clinico-administratif dans le contexte d'un réseau de services intégrés. *Revue Canadienne du Vieillessement*, 23(1), 35-45.
- Duncley, M., Hughes, R., Addington-Hall, J., & Higginson, I. (2003). Translating clinical tools in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 420-426.
- Faverge, J. (1970). L'homme agent d'infirmité et de fiabilité du processus industriel, *Ergonomics*, 13(3), 301-327.
- Folcher, V. (1999) *Des formes de l'activité aux formes des instruments : un exemple dans le champ du travail collectif assisté par ordinateur*. Doctorat de psychologie ergonomique, Université Paris 8.
- Foucalt, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.
- Gold, R. (1958). Roles in sociological field observation. *Social forces*, 36, 217-223.
- Goodman, C., Davies, S., Norton, C., Fader, M., Morris, J., Wells, M., & Gage, H. (2013). Can district nurses and care home staff improve bowel care for older people using a clinical benchmarking tool? *British Journal of Community Nursing* 18(12), 580-587.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. Denzin, & Y. Lincoln (éd.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hamel, J. (1997). *Précis d'épistémologie de la sociologie*. Paris : L'Harmattan.
- Hamel, J. (2000). À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. *Recherches qualitatives*, 21, 3-20.
- Hansebo, G. & M. Kihlgren (2004). Nursing home care: changes after supervision. *Journal Of Advanced Nursing* 45(3): 269-279.
- Hawes, C., Fries, B.E., James, M.L. & Guihan, M. (2007). Prospects and pitfalls: use of the RAI-HC assessment by the Department of Veterans Affairs for home care clients. *Gerontologist* 47(3), 378-387.
- Hébert, R. (2003). La perte d'autonomie. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, Année 3 (13), 33-40.
- Hébert, R., Guilbault, J., Desrosiers, J., & Dubuc, N. (2001). The functional autonomy measurement system (SMAF): a clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics Today*, 9, 141-147.

- Hodgins M.J. (2002) Interpreting the meaning of pain severity scores. *Pain Research and Management*, 7(4), 192–198.
- Idell, C., Grant, M., & Kirk, C. (2007). Alignment of Pain Reassessment Practices and National Comprehensive Cancer Network Guidelines. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 661-671.
- Jaeger, M. (2007). Les enjeux sociaux et politiques de l'évaluation. Dans B. Bouquet, M. Jaeger, et Y. Sainsaulieu, (Eds). *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale* (pp. 4-19). Paris: Dunod.
- Kajermo, N.K., Boström, A-M., Thompson, D.S., Hutchinson, A.M., Estabrooks, C.A., & Wallin, L. (2010). The Barriers Scale—the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science*, 5(32). Open access, <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-32>>.
- Kaufmann, et coll., (2000). *Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis, notamment en institution ou à domicile*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 84p.
- Lacombe, G., Hébert, R. & Carrier, R. (2007). Évaluation clinique de la personne âgée. Dans M. Arcand & R. Hébert (Eds), *Précis pratique de gériatrie* (3e édition, pp.93-114). St-Hyacinthe : Edisem.
- La Donna, K.A., Koopman, W.J., & Venance, S.L. (2011). Myotonic dystrophy (DM1) and dysphagia: The need for dysphagia management guidelines and an assessment tool. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 33(1), 42-46.
- Landi, F., Sgadari, A., Zuccala, G., Pahor, M., Carbonin, P. & Bernabei, R. (1999). A brief training program on resident assessment instrument improves motivation of nursing home staff. *The Journal Of Nutrition, Health & Aging* 3(1), 24-28
- Lecours, C., Murphy, M., Dubé, G., & Godbout, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes de 65 ans et plus*, Volume 3, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Lefrançois, R. (1992). *Stratégies de recherche en sciences sociales. Applications à la gérontologie*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*. Paris, Presses universitaires de France.
- Leplat, J. & Cuny, X. (1977). *Introduction à la psychologie du travail*. Paris : Presses universitaires de France.
- Lincoln Centre for Ageing and Community Care Research, Australian Institute for Primary Care (AIPC). *Draft Report: The review and identification of an existing, validated, comprehensive assessment tool*. La Trobe University. Victoria (Australia). 139 p.
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives – Hors série – no 2*, pp. 5-17.
- Maubant, P. (2013). *Apprendre en situations. Un analyseur de la professionnalsiation dans les métiers adressés à autrui*. Montréal : PUQ.
- Mayen, P. (2012). Les situations professionnelles : un point de vue de didactique professionnelle », *Phronesis*, 1(1), 59-67.

- Ministère de la Famille et des Aînés (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2014). *Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement*. Québec. [En ligne] Consulté le 3 mars 2015. <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/mecanismes_multicentrique_2014/Cadre_de_reference_Novembre_2014.pdf>
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Collin éd.
- Nakrem, S., Guttormsen Vinsnes, A., Harkless, G., Paulsen, B., Seim, A. (2009) Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *International Journal of Nursing Studies* 46, 848–857.
- Nélisse, C. (1998). La composition technique en travail social. Dans G.A. Legault (dir). *L'intervention: usages et méthodes* (pp. 13-36). Sherbrooke: GGC éd.
- Okelo, S.O., Butz, A.M., Sharma, R., Diette, G.B., Pitts, S.I., King, T.M., Linn, S.T., Reuben, M., Chelladurai, Y. & Tracy M. King, Shauna T. Linn, Manisha Reuben, Yohalakshmi Chelladurai and Robinson, K.A. (2013). Interventions to Modify Health Care Provider Adherence to Asthma Guidelines: A Systematic Review. *Pediatrics* 132(3), 517-534. (originally published online August 26, 2013).
- Orlando, L.A., Buchanan, A.H., Hahn, S.E., Christianson, C.A., Powell, K.P., Skinner, C.S., Chesnut, B., Blach, C., Due, B., Ginsburg, G.S. & Henrich, V.C. (2013). Development and validation of a primary care-based family health history and decision support program (MeTree). *North Carolina Medical Journal* 74(4), 287-296.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2^e édition. Paris: Armand Colin.
- Payeur & Azeredo (2015). Les scénarios d'analyse des perspectives démographiques du Québec, 2011-2061. *Données sociodémographiques en bref*, 20(1), 19-24. Institut de la statistique du Québec.
- Pastré, P. (2011). La didactique professionnelle. *Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris : Presses universitaires de France.
- Pastré, P., Mayen, P., Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. Note de synthèse. *Revue Française de Pédagogie*, 154, 145-198.
- Pinsonnault, E., Dubuc, N., Desrosiers, J., Delli-Colli, N., & Hébert, R. (2009). Validation study of a social functioning scale: The social-SMAF (social-Functional Autonomy Measurement System). *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 48(1), 40-44.
- Pirès, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologie. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, R., & A. Pirès (Éds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-168). Boucherville : Gaëtan Morin éd.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1997). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège : Mardaga.
- Rabardel, P., Carlin, N., Chesnais, M., Lang, N., Le Joliff, G. & Pascal, M. (2002). *Ergonomie, concepts et méthodes* (4^e édition). Toulouse : Octarès Editions.

- Rabardel, P. (1995). *Les Hommes et les technologies une approche cognitive des instruments contemporains*. Paris : Armand Colin.
- Raïche, M., Hébert, R., Dubois, M-F., Gueye, N. & Dubuc, N. (2014). Covariates of Disability-Profile Transitions in Older People Living at Home. *Journal of Biosciences and Medicines*, 25-36. Published Online May 2014 in SciRes. <http://www.scirp.org/journal/jbm> <http://dx.doi.org/10.4236/jbm.2014.2300>
- Robin, P. (2013). *L'évaluation de la maltraitance. Comment prendre en compte la perspective de l'enfant?* Rennes : Presses de l'université de Rennes.
- Russo, H. E. (2000). Measurement: the key to success for providers, payors, and patients in long-term care. *Caring* 19(6), 28-33.
- Salbach, N., Cuilcher, S., Jaglal, S., & Davis, D. (2009). Factors Influencing Information Seeking by Physical Therapists Providing Stroke Management. *Physical Therapy*, 89 (10), 1039-1050.
- Samurçay, R. & Rabardel, P. (2004). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences, propositions. Dans R. Samurçay & P. Pastré (dir). *Recherches en didactique professionnelle* (pp.163-181). Toulouse : Octarès Éd.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti & Savoie-Zajc, L. (éd.), *Introduction à la recherche en éducation* (pp. 171-198). Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Meylan L, Monod S, Junod A, Büla C, & Santos-Eggimann B. (2012). *Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation des personnes âgées*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 64 pages.
- Skelton, F., Kunik, ME., Regeve, T., & Naik, A. (2011). Determining if an older adult can make and execute decisions to live safely at home: a capacity assessment and intervention model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 300–305.
- Somme, D., Couturier, Y., Gervais, P., Hébert, R., Henrard, J., Kieffer, A., et coll. (2010). *Projet POEM. Étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre du plan national Alzheimer*. France: Fondation nationale de gérontologie.
- Strandberg, E., Eldh, A., Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P., & Wallin, L., (2014). The Concept of Research Utilization as Understood by Swedish Nurses: Demarcations of Instrumental, Conceptual, and Persuasive Research Utilization. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 55–64.
- Schwartz, Y. (2007). Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. *Revue@ctivité*, 4, 2, 122-133.
- Theureau, J. (2004). *Le cours d'action. Méthode élémentaire*. Toulouse : Octares.
- Van Cleave, J., Kuhlthau, K., Bloom, S., Newacheck, P., Nozzolillo, A., Homer, C., & Perrin, J. (2012). Interventions to Improve Screening and Follow-Up in Primary Care: A Systematic Review of the Evidence. *Academic Pediatrics*, 12(4), 269-282.
- Vanneste, D., De Almeida-Mello, J., Macq, J., Van Audenhove, C. & Declercq, A. (2015) Incomplete Assessments: Towards a Better Understanding of Causes and Solutions. The Case of the interRAI Home Care Instrument in Belgium. PLoS ONE 10(4). Published: April 13, 2015 <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123760>>

- Vergnaud, G. (2007). Modèles du sujet pour la conception : dialectiques, activités, développement. Dans P. Rabardel & P. Pastré (dir). *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement* (pp. 219-222). Toulouse : Octarès.
- Vermersch, P. (2000). *L'entretien d'explicitation*. ESF Éditeur.
- Zimmerman, D. R. (1997). Power of information: using resident assessment data to assure and improve the quality of nursing home care. *Generations*, 21(4): 52-56.

Modèle de courriel à envoyer pour le recrutement des participants intervenants

Bonjour,

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche, *Usages et appropriations des outils cliniques du RSIPA par les intervenants du soutien à domicile*. Ce projet de recherche se déroule sous la responsabilité de deux chercheurs, Pre Nathalie Delli-Colli, T.S., Ph.D. (USherbrooke) et Pr Dominique Gagnon, Ph.D. (UQAT) auxquels s'est joint une candidate au doctorat (USherbrooke), Louise Belzile, M.A., qui agira comme coordonnatrice du projet. Trois chercheurs d'expérience affiliés à l'université de Sherbrooke agissent à titre de co-chercheurs, Pre Nicole Dubuc, Ph.D. (École des sciences infirmières) Pr Yves Couturier, Ph.D. (École de travail social) et Pr Philippe Maubant, D., HDR (Faculté d'éducation).

Ce projet vise à décrire et à comprendre les usages que font les intervenants des outils cliniques interdisciplinaires et disciplinaires. Nous vous sollicitons parce que vous êtes un professionnel ou une professionnelle de la santé et des services sociaux qui utilise des outils cliniques pour intervenir auprès des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle qui vivent dans la communauté. Vous avez le choix de participer à une ou deux activités qui impliquent des disponibilités différentes. Ces activités auront lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités et se dérouleront pendant votre temps de travail.

- ☐ Un entretien de 1h30 pour vous donner la parole sur la place et l'utilité que vous percevez des outils cliniques que vous utilisez.
- ☐ Une période d'observation de 2 jours durant laquelle le chercheur n'interviendra pas dans le cours de vos interventions, mais il observera ce que vous faites et validera auprès de vous sa compréhension de votre travail. Cette période observation sera une opportunité pour partager votre expérience avec les outils cliniques que vous utilisez.

Aucune donnée concernant les usagers (personne âgée ou proche aidant) ne sera consignée. Votre participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles ou professionnelles. Il s'agit plutôt de documenter des processus sur lesquels aucun jugement de valeur n'est porté afin de comprendre et d'améliorer les pratiques existantes. Vous devez vous sentir libre d'accepter ou de refuser. Soyez assuré que votre refus n'aura aucune conséquence sur vos relations de travail.

Il nous fera plaisir de répondre à vos questions si cela est requis avant que vous preniez votre décision. Merci de signifier par retour de ce courriel, votre intérêt à participer à ce projet de recherche.

Louise Belzile, M.A.
Candidate au doctorat en gérontologie,
Chargée de cours, Université de Sherbrooke

Guide d'entrevue semi-dirigée-INTERVENANTS**Consigne introductive :**

Nous allons traiter de votre pratique et des usages que vous faites des outils cliniques. L'entrevue n'a pas pour but d'évaluer votre performance, mais bien de comprendre ce que vous faites.

PARTIE A : discours sur les usages des outils cliniques (35 minutes)

1. Quels sont les outils cliniques que vous utilisez régulièrement dans votre travail ?

thème 1 l'OÉMC

2. Quelle place occupe l'OÉMC dans votre travail ?

Relances

- Depuis combien de temps l'utilisez-vous ?
- Avez-vous été formé avant d'utiliser l'OÉMC ? Si oui, par qui ?
- Est-ce que cette formation répond à vos besoins ? Sinon, pourriez-vous m'expliquer vos besoins de formation ?
- Quand utilisez-vous l'OÉMC ?
 - Dans des situations particulières (comme pour les demandes d'hébergement) ?
 - Auprès de clientèles précises ?
- Qu'est-ce qui alimente votre collecte des données (usager, proche aidant, autres intervenants, médecin, autres sources de données, etc.) ?

3. Est-ce que l'OÉMC vous permet de capter tous les problèmes/besoins de la personne ?

Relances

- Qu'est-ce que l'OÉMC laisse dans l'ombre ?
- Qu'est-ce qu'il met en évidence ?
- Avez-vous un exemple de besoins ou de problèmes qui ne sont pas repérables par l'OÉMC (ex. maltraitance, épuisement des aidants, risque de chutes) ?
- Devez-vous alors utiliser d'autres outils ou d'autres moyens pour collecter ces informations ?

4. Considérez-vous que l'OÉMC est utile dans vos interventions ? Pourquoi ? Qu'est-ce qu'il vous apporte ?

Relances

- Certaines parties ou certains aspects de l'OÉMC- vous semblent-ils plus utiles que d'autres ? De quelle manière ? Pourquoi ?

- Est-ce que certaines parties ou certains aspects de l'OEMC peuvent entraver vos interventions ? De quelle manière ? Pourquoi ?
- Considérez-vous que l'usage de l'OEMC soutient votre jugement professionnel ou est-ce qu'il l'entrave ?
 - En quoi le soutient-il ?
 - En quoi l'entrave-t-il ?
- Utilisez-vous l'OÉMC pour compléter d'autres outils cliniques (ex. le SMAF-social ou le plan d'intervention) ?

5. Que faites-vous après avoir complété l'OEMC ?

Relances

- Est-ce que vous partagez l'OÉMC avec d'autres personnes ? Pourquoi ?
 - Si oui, avec qui ? (Ex. usager, médecins, autres professionnels ?
- L'OÉMC vous est-il utile pour compléter les différents items du fonctionnement social ?

thème 2 le SMAF-Social

6. Quelle place occupe le SMAF-social dans votre travail ?

Relances

- Depuis combien de temps l'utilisez-vous ?
 - Avez-vous été formé avant d'utiliser le SMAF-social ? Si oui, par qui ?
 - Est-ce que cette formation répond à vos besoins ? Sinon, pourriez-vous m'expliquer vos besoins de formation ? Quels étaient vos attentes par rapport à cet outil ? Est-ce que votre perception s'est modifiée depuis ?
 - Quand utilisez-vous le SMAF-social ?
 - Dans des situations particulières ?
 - auprès de clientèles précises ?
 - a. Qu'est-ce qui alimente votre collecte des données (usager, proche aidant, autres intervenants, médecin, autres sources de données, etc.) ?
7. Est-ce que l'ajout du SMAF social permet de capter des problèmes et des besoins qui ne seraient pas identifiés par l'OEMC ?
8. Est-ce que la collecte de données pour compléter le SMAF-Social est différente de la collecte pour l'OEMC ? Si oui, en quoi est-elle différente ?
9. Le SMAF-social vous est-il utile pour compléter les différents items du fonctionnement social ?
10. En quoi l'usage du SMAF-Social soutient-il ou non votre analyse de la situation de l'usager ?
- a. En quoi l'usage du SMAF-Social vous aide-t-il à réaliser ou non vos interventions ?

- b. Rencontrez-vous des difficultés particulières dans la réalisation du SMAF-Social ?

THÈME 3 L'évaluation du fonctionnement social (TS seulement)

11. Réalisez-vous d'autres évaluations?
- Si oui, lesquelles (ex. Fonctionnement social, en cas d'invalidité)?
 - Dans quelles circonstances ?
 - À quelle fréquence?
12. Est-ce qu'il vous arrive de transposer des informations des évaluations interdisciplinaires vers disciplinaires ou vice versa?
- Si oui, comment faites-vous cela?
13. Si l'évaluation du fonctionnement social était disponible dans le RSIPA, est-ce que cela changerait quelque chose dans votre processus d'évaluation ?

THÈME 4 Les plans d'intervention

14. Quelle place occupent les plans d'intervention dans votre travail ?

Relances

- Quels types de plans d'intervention utilisez-vous (PID, PII, PSI)?
 - Depuis combien de temps utilisez-vous les plans de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS)?
 - Avez-vous été formé avant d'utiliser les PSIAS ? Si oui, par qui ?
 - Est-ce que cette formation répond à vos besoins ? Sinon, pourriez-vous m'expliquer vos besoins de formation ?
 - Quand utilisez-vous les PSIAS ?
 - Dans des situations particulières?
 - Avec des clients précis ?
 - Qui participe à la réalisation des PSIAS ? (usager, proche aidant, autres intervenants, médecin, etc.) ? Faire expliquer la contribution et le rôle des professionnels à chacune des étapes.
15. Considérez-vous que les PSI-PSIAS sont utiles dans vos interventions ? Pourquoi ? Qu'est-ce qu'ils vous apportent ?
16. Est-ce que l'élaboration des PSI-PSIAS présente des difficultés particulières ?
- Y a-t-il des composantes ou des aspects plus complexes ou difficiles à mettre en œuvre ?
 - Comment choisissez-vous les problèmes qui figureront dans le plan d'intervention?

thème 5 La plate-forme RSIPA

17. Parlez-moi de votre utilisation de la plateforme RSIPA :
- a. Est-ce que l'informatisation des outils cliniques a changé quelque chose dans votre travail? Si oui, en quoi?
 - b. Avez-vous été formé à l'utilisation de la plateforme RSIPA ?
 - c. Est-ce que la formation que vous avez reçue répond à vos besoins ? Sinon, pourriez-vous m'expliquer vos besoins de formation ?
 - d. Est-ce que l'informatisation des outils cliniques a changé quelque chose dans votre manière de partager l'information avec vos collègues ?

- e. Sachant que le RSIPA n'est pas un dossier clinique complet, comment vous y prenez-vous pour mettre à jour les informations dans vos dossiers cliniques ?
- Utilisez-vous encore des dossiers papier ou des documents parallèles comme des documents manuscrits ou des fichiers Word ? Si oui dans quelles circonstances et pourquoi ?
 - Est-ce ça change quelque chose par rapport aux dossiers papiers?

THÈME 6 ÉcartS entre les usages prescrits et les usages effectifs

Nous allons maintenant revenir sur votre usage de chacun des outils cliniques, OEMC, SMAF social et plan d'intervention et évaluation disciplinaire

18. Dans votre organisation, y a-t-il des consignes précises quant à l'utilisation des outils cliniques ? (quelle prescription de l'usage par l'organisation, le collectif, les partenaires cliniques, etc.).
19. Est-ce que vous considérez que vous répondez exactement à la demande (de votre organisation et de votre ordre professionnel) dans votre manière d'utiliser les outils cliniques disciplinaires et ceux interdisciplinaires?
- Sinon, comment expliquez-vous cet écart ? Pour quelles raisons agissez-vous ainsi ?
 - Que vous apporte ou vous permet cette marge de liberté que vous vous octroyez?
 - Y a-t-il des éléments particuliers dans votre contexte de pratique qui expliquent ou justifient ces manières de faire ? Si oui, lesquelles?
20. Avez-vous une manière bien à vous de travailler avec chacun des outils?
21. Est-ce que vous complétez l'OEMC, le PSIAS, le SMAF social et vos évaluations disciplinaires selon un ordre établi ?
- a. Pourquoi les avez-vous réalisés dans cet ordre ?
22. Si vous aviez le choix, est-ce que vous utiliseriez tous les outils cliniques contenus dans le RSIPA? Vos outils disciplinaires? Quelles recommandations feriez-vous aux concepteurs ou aux promoteurs des outils cliniques ?
23. Qu'est-ce qui vous manque pour travailler mieux ?
24. Quel est votre principal souhait pour l'avenir des outils cliniques?

PARTIE B : RÉCIT D'EXPLICITATION DE LA PRATIQUE (15 minutes)

Consignes pour la réalisation de la deuxième partie de l'entretien

- Pour la réalisation de cette partie de l'entretien, nous vous demandons de raconter les interventions que vous avez réalisées dans un des dossiers que vous avez dans votre charge de cas.
- Choisissez
 - un cas le plus récent possible
 - dans lequel vous avez complété une évaluation et un plan d'intervention.

Les informations nominales sur le cas qui sera relaté ne seront pas notées.

1. *Décrivez-moi cette situation.*

Points de repère pour les relances

- Contexte de la demande
- Décrivez-moi comment vous vous y êtes pris pour recueillir et consigner les informations.
- Quels étaient les principaux problèmes ?
- Zones d'ombre ou questionnements ?
- Quelles difficultés (techniques, relationnelles, communicationnelles, etc.) avez-vous rencontrées ?
- Quel type de plan d'intervention avez-vous rédigé ?
- Raisonnement clinique : Aviez-vous différentes hypothèses concernant :
 - Les problèmes/ besoins de cette personne ?
 - Les solutions à proposer pour répondre aux besoins identifiés ?
 - Comment les avez-vous formulées ?
 - Comment avez-vous choisi les meilleures ?

PARTIE C : AUTO-CONFRONTATION SIMPLE (35 minutes)

Consigne générale : *Je vous demande maintenant d'ouvrir le RSIPA et de me montrer l'évaluation dont on vient de discuter, puis de m'expliquer ce que vous y avez consigné et, le cas échéant, ce que vous avez choisi de ne pas écrire, ou que vous avez écrit ailleurs.*

1. Si je regarde avec vous l'**OÉMC** que vous avez complété dans le RSIPA, est-ce que je vais avoir la même idée que celle que je me suis faite en écoutant le récit que vous m'en avez fait ?
 - Est-ce que je vais y retrouver ce que vous m'avez dit précédemment ?
 - Plus ? Moins ?
 - Pourquoi ?
2. Si je regarde avec vous le **SMAF social** que vous avez complété dans le RSIPA, est-ce que je vais avoir la même idée que celle que je me suis faite en écoutant le récit que vous m'en avez fait ?
 - Est-ce que je vais y retrouver ce que vous m'avez dit précédemment ?
 - Plus ? Moins ?
 - Pourquoi ?
3. Si j'examine votre **plan d'intervention**,
 - Avez-vous rencontré des difficultés dans la formulation ou la transcription des besoins et des problèmes ? SI OUI, qu'avez-vous fait ?
 - Comment avez-vous procédé pour choisir les problèmes qui y figurent ?
4. Est-ce que ce cas particulier représente bien la manière dont vous procédez généralement pour faire une évaluation et un plan d'intervention ?

MERCI !

Guide d'entrevue-PRESCRIPTEURS

QUESTION INTRODUCTIVE

1. À votre connaissance, quels sont les outils cliniques utilisés par les intervenants du soutien à domicile?

Pour la suite, nous nous référerons principalement aux outils cliniques contenus sur la plate-forme informatique du RSIPA, soit l'OÉMC, le SMAF-social et le PSIAS, de même qu'à un outil disciplinaire propre aux travailleurs sociaux, soit l'Évaluation du fonctionnement social.

THÈME 1 : Discours autour des usages des outils cliniques

2. Est-ce que les consignes concernant l'usage des outils cliniques (OÉMC, SMAF-social, PSIAS et Évaluation du fonctionnement social) vous semblent claires?
3. Quel est l'usage attendu par votre organisation? Par le MSSS? Par l'ordre professionnel?
4. Comment diffusez-vous ces attentes?

THÈME 2. Description des usages faits par les intervenants

5. Comment les intervenants comprennent-ils et répondent-ils à ces attentes?
6. Que faites-vous pour que les intervenants se conforment aux attentes?
7. Avez-vous mis en place des manières bien à vous d'encourager les intervenants à travailler avec les outils du RSIPA ?
8. Est-ce que les outils du RSIPA sont utilisés par tous les intervenants de votre établissement?
 - Depuis combien de temps?
 - Dans quelles situations?
 - Auprès de clientèles précises?

- Qui participe à l'évaluation (usager, proche aidant, autres intervenants, médecin, etc.)?
- Y a-t-il des groupes professionnels davantage sollicités pour utiliser les outils du RSIPA?

9. Comment qualifieriez-vous l'usage qui en est fait?

10. D'autres outils ou d'autres moyens sont-ils utilisés pour réaliser une évaluation multidimensionnelle?

11. Y a-t-il d'autres évaluations disciplinaires qui sont produites par les intervenants?

- Qu'est-ce qui motive ces évaluations?

12. Y a-t-il des pratiques de partage de l'information contenue dans les outils du RSIPA?

- Si oui, pour quels outils?
- Avec qui? (ex. usager, médecins, autres professionnels).
- Sinon, pour quelles raisons?
 - Est-ce que l'informatisation des outils cliniques a changé quelque chose dans la manière de partager l'information entre les intervenants ?

13. À quoi les résultats produits à partir des données collectées dans le RSIPA vous sont-ils utiles dans votre travail? (ex. score Iso-SMAF, portrait des clientèles, des charges de cas, partenaires du RLS, etc.)

- Êtes-vous en mesure d'interpréter ces résultats?

THÈME 3. Caractérisation des écarts entre les usages prescrits et les usages effectifs;

14. Avez-vous mis en place des dispositifs de monitoring de l'usage des outils du RSIPA?

- Si oui, lesquels?
- Si non, quels moyens seraient envisageables?

15. Observez-vous des usages inappropriés de l'un ou l'autre des outils du RSIPA?
- Quels sont les éléments que les intervenants ont le plus de difficulté à comprendre?
 - Quels sont les éléments que les intervenants ont le plus de difficulté à mettre en pratique?
16. Est-ce qu'il y a des éléments des outils du RSIPA que vous trouvez difficiles à expliquer, à faire comprendre ou à rendre pertinent pour les intervenants?
17. Observez-vous des usages inventifs des outils du RSIPA?
18. Croyez-vous avoir une influence sur l'usage des outils du RSIPA? Sur l'usage des outils disciplinaires?

THÈME 4. Les déterminants des écarts éventuels

19. Le cas échéant, comment expliquez-vous les écarts entre ce qui est demandé (par le MSSS, l'organisation, les ordres professionnels) et ce que vous réussissez à faire en tant qu'organisation?
20. Quelles recommandations feriez-vous aux promoteurs des outils du RSIPA? Aux promoteurs des outils disciplinaires?

THÈME 5 Les conditions de mise en œuvre des outils du RSIPA, du point de vue des usages

21. Parlez-moi de la plateforme informatique RSIPA : qu'est-ce que ça change dans le travail des intervenants? Dans votre travail?
- Y a-t-il des avantages à l'informatisation?
 - Y a-t-il des inconvénients ou des pièges à l'informatisation?
22. Qu'est-ce qui vous manque pour mieux travailler avec les outils cliniques interdisciplinaires? Les outils cliniques disciplinaires?
23. Quel est votre principal souhait pour l'avenir des outils cliniques?

MERCI

Grille d'observation

No du participant :

Utilisation des outils cliniques standardisés ⁴¹ (X)	Activité clinique (nomination)	Gestes professionnels effectués (description des usages des outils dans la réalisation des gestes professionnels)	Difficultés rencontrées	Stratégies d'adaptation/ou de résistance et de contournement	Réflexions théoriques

⁴¹ OEMC, SMAF social, PSIAS et les interactions avec la plateforme RSIPA ou outil d'évaluation disciplinaire

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1) Numéro de sujet : _____

2) Date de naissance (année/mois/Jour) : _____

3) Sexe : H ☐ F ☐

4) Année d'obtention diplôme: _____

5) type de diplôme obtenu :

Technique ☐

Baccalauréat ☐

Maîtrise ☐

Doctorat ☐

7) Précisez dans quelle discipline vous avez obtenu votre diplôme

8) Si vous êtes présentement inscrits dans un programme d'étude universitaire, précisez le type de diplôme ¹, la discipline ainsi que l'année prévue d'obtention : _____

9) Précisez le nombre d'années d'expérience dans votre discipline :

10) Précisez le nombre d'années d'expérience avec les personnes âgées en perte d'autonomie :

11) Précisez le nombre de mois ou d'années d'expérience dans le programme-service actuel _____

12) Précisez le nombre d'année à l'emploi de votre établissement (incluant les années avant la création des CISSS/CIUSSS) :

Formulaire de consentement-Intervenants

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE INTERVENANTS

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

**Usages et appropriations des outils cliniques du RSIPA par les intervenants
du soutien à domicile**

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Chercheurs principaux

Nathalie Delli-Colli, Ph.D.

*Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie -
CHUS*

Université de Sherbrooke

Dominique Gagnon, Ph.D.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Chercheuse responsable

Nathalie Delli-Colli, Ph.D.

Co-chercheurs

Yves Couturier, Ph.D.

*Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie -
CHUS*

Université de Sherbrooke

Nicole Dubuc, Ph.D.

*Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie -
CHUS*

Université de Sherbrooke

Philippe Maubant, D., HDR

Université de Sherbrooke

Coordonnatrice

Louise Belzile, M.A. (gérontologie)

Candidate au doctorat en gérontologie

Université de Sherbrooke

NUMÉRO DE DOSSIER

MP-22-2017-716

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche comporte trois volets dont deux sont subventionnés par le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) dans le cadre du programme de subventions de développement. Savoir qu'ont obtenu Pre Nathalie Delli-Colli et Pr Dominique Gagnon.

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes un professionnel de la santé et des services sociaux qui utilise des outils cliniques pour intervenir auprès des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle qui vivent dans la communauté. Cependant, avant d'accepter de participer à cette recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à demander que nous vous expliquions tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document. Nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le présent projet vise à décrire et à comprendre les usages que font les intervenants des outils cliniques interdisciplinaires et disciplinaires afin de proposer des formations, des modes d'accompagnement ou des outils cliniques qui tiennent compte de l'usage effectif des utilisateurs.

Plus spécifiquement, nous souhaitons :

- Décrire les usages effectifs de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et comprendre ce qui sous-tend ces usages.
- Décrire l'appropriation des outils cliniques standardisés par les intervenants sociaux et comprendre les conditions et stratégies d'adaptation de ces outils aux conditions de pratique des intervenants sociaux tout en répondant aux finalités poursuivies.
- Documenter comment l'usage des outils standardisés à visée multidisciplinaire contribue aux outils disciplinaires non standardisés.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche se déroulera dans trois CISSS/CIUSSS du Québec. Avec l'accord des gestionnaires, différents professionnels seront recrutés dans chacune des organisations : travailleurs sociaux et techniciens en travail social (n=10); infirmières (n=2) ; ergothérapeute ou physiothérapeutes (n=2). Les intervenants recrutés devront posséder une expérience d'un an et plus dans leurs fonctions actuelles et une expérience de pratique globale de plus de deux ans. Au total, nous comptons recruter 42 intervenants comme vous pour participer à cette étude.

Vous avez le choix de participer à une ou deux activités qui impliquent des disponibilités différentes. Ces activités auront lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités, et se dérouleront pendant votre temps de travail. Veuillez cocher ce qui vous convient :

- ☐ Une entrevue de 1h30 pour vous donner la parole sur la place et l'utilité que vous percevez des outils cliniques que vous utilisez. Cette entrevue sera enregistrée sur un support numérique audio. Les thèmes abordés concernent la place qu'occupe les outils cliniques (ex. l'OÉMC, le PSIAS, le SMAF social) dans votre travail, leur utilité, les difficultés que vous rencontrez dans l'usage de ces différents outils et votre usage de la plate-forme RSIPA.
- ☐ Une période d'observation de 2 jours durant laquelle le chercheur n'interviendra pas dans le cours de vos interventions, mais il observera ce que vous faites et validera auprès de vous sa compréhension de votre travail. Aucune donnée concernant les usagers (personne âgée ou proche aidant) ne sera consignée. Nous demanderons un accord verbal à tout usager avec qui vous interagirez dans le cadre de vos activités professionnelles. Cette période d'observation sera une opportunité pour partager votre expérience avec les outils cliniques que vous utilisez. Il ne s'agit pas d'une évaluation de votre travail.

Au cours du projet, vous serez aussi invité à participer à la présentation de résultats et à apporter vos commentaires. Vous demeurez libre d'y participer ou non.

COLLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE

En tant que participant à ce projet de recherche, vous aurez à accomplir le plus naturellement possible votre travail habituel. L'équipe de recherche fera tout son possible pour limiter les perturbations liées à sa présence dans le cadre de votre travail.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il est possible que vous soyez inquiet de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues dans le protocole. La participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles ou professionnelles. Il s'agit plutôt de documenter des processus sur lesquels aucun jugement de valeur n'est porté afin de comprendre et d'améliorer les pratiques existantes.

Il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement de l'entrevue ou un inconfort face à certaines questions. Si tel est le cas, vous serez libre de demander que l'enregistrement soit arrêté ou de ne pas répondre à certaines questions.

Les séances d'observation peuvent aussi générer un certain stress, surtout au début. Nous mettons tout en œuvre pour diminuer ces inconforts possibles en vous permettant de bien comprendre les visées de ces méthodes (non-évaluatives) et aussi en vous offrant la possibilité de discuter de ces inconforts et des moyens qui vous conviendraient pour les dissiper.

INCONVÉNIENTS

Le principal inconvénient découlant de votre participation à ce projet de recherche est associé à l'impact de votre participation sur votre agenda de travail. Il vous faudra réserver dans votre horaire, une période de 1.5 heure pour l'entrevue et quelques minutes d'échange à la fin de chacune des deux journées d'observation.

AVANTAGES

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois des participants à d'autres projets semblables ont exprimé de la satisfaction à partager leur expérience ou encore à profiter de ces moments pour réfléchir à leur pratique.

Par ailleurs, les résultats découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à définir les améliorations qui doivent être apportées à la formation et à l'accompagnement clinique, particulièrement en ce qui concerne le développement et l'usage d'outils cliniques qui soutiennent plus adéquatement les professionnels du domaine de la santé et des services sociaux.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

À moins d'avis contraire de votre part, si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information vous concernant obtenue dans le cadre de l'étude sera rendue anonyme, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance. L'information sera conservée par la chercheuse responsable de l'étude durant 5 ans. Passé ce délai, l'information sera détruite selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement ou par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Nous ne pouvons garantir totalement la confidentialité puisqu'il est possible qu'un participant à la recherche soit identifié étant donné le petit nombre de participants par milieu.

Durant votre participation à ce projet, nous recueillerons et consignerons dans un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Ces renseignements (données) comprendront les informations suivantes :

- Votre nom, votre sexe et votre date de naissance ;
- Votre profession et vos années d'expérience professionnelle;

Toutes ces données demeureront strictement confidentielles, dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, vous serez identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée exclusivement par la chercheuse responsable.

L'enregistrement des entretiens ne sera pas diffusé. Tous les dossiers électroniques (enregistrements audio, bases de données créées pour entrer et analyser les données) seront conservés sur un serveur sécurisé du Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Tous les documents de recherche et toutes les données (en version électronique ou papier) seront conservés de manière sécuritaire pour une durée de 5 ans. Après cette période, les versions imprimées de ces données seront déchiquetées de même que les fichiers électroniques et les enregistrements audio qui seront supprimés ou effacés des ordinateurs ou de tout autre dispositif multimédia externe.

À la fin du projet de recherche, les données recueillies contenues dans votre dossier de recherche seront rendues anonymes, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance.

Ainsi, les données pourront :

- Servir pour d'autres analyses reliées au projet ;
- Servir pour l'élaboration de projets de recherche futurs.

Et les résultats de recherche pourront :

- Être publiés dans des revues spécialisées ;
- Faire l'objet de discussions scientifiques ;

Quant à vos renseignements personnels (votre nom et/ou vos coordonnées), ils seront conservés, dans un dossier séparé, pendant 5 ans après la fin du projet par la chercheuse principale et seront détruits selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS par la suite.

Les personnes suivantes pourront consulter votre dossier de recherche :

- Vous-même, pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que les chercheurs principaux ou le CIUSSS de l'Estrie -CHUS détiennent ces informations.
- Une personne mandatée par le CÉR du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, le CIUSSS de l'Estrie - CHUS ou par des organismes publics autorisés et ce, à des fins de surveillance et de contrôle. Toutes ces personnes et tous ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Les enregistrements audio seront conservés et détruits selon les usages reconnus

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour participer à ce projet de recherche.

DROITS DU PARTICIPANT

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'un des chercheurs principaux du projet de recherche ou les membres de son équipe aux numéros suivants :

- Nathalie Delli-Colli, Ph.D., chercheuse Université de Sherbrooke:
Nathalie.Delli-Colli@USherbrooke.ca
Téléphone : 819 780-2220, poste 45130
- Dominique Gagnon, Ph.D., chercheur UQAT :
dominique.gagnon2@uqat.ca
Téléphone : 819 874-8728 poste 6214

- Louise Belzile, coordonnatrice du projet
Candidate au doctorat en gérontologie, Université de Sherbrooke
Louise.Belzile@USherbrooke.ca

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au 1-866-917-7903.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toutes questions liées à l'éthique, concernant vos droits ou les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du CÉR au 819 780-2220, poste 45386.

ÉTUDES ULTÉRIEURES

Dans l'éventualité où des projets de recherche similaires à celui-ci se réaliseraient dans les 5 prochaines années, acceptez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation? Bien sûr, lors de cet appel, vous seriez entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Oui ☐ Non ☐

JOURNAL ENCRÂGE

Le Journal Encrâge est un bulletin publié par le Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie - CHUS une fois par année. Il vise à informer les personnes qui ont participé aux études du Centre de recherche et la communauté régionale.

Souhaitez-vous recevoir une copie de ce journal? Oui ☐ Non ☐

Si oui, de quelle façon souhaitez-vous recevoir votre copie? Par la poste ☐ Par courriel ☐

Adresse postale ou adresse courriel : _____

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

J'ai pris connaissance de ce formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

Je m'engage, avec mon équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à ce qu'une copie signée soit remise au participant.

Je m'engage également à respecter le droit de retrait du participant et à l'informer de toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait modifier sa décision de continuer d'y participer.

Nom et signature de la chercheuse responsable du projet de recherche

Date

Formulaire de consentement-Prescripteurs

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE PRESCRIPTEURS

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Usages et appropriations des outils cliniques du RSIPA par les intervenants
du soutien à domicile

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Chercheurs principaux

Nathalie Delli-Colli, Ph.D.

*Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie -
CHUS*

Université de Sherbrooke

Dominique Gagnon, Ph.D.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Chercheuse responsable

Nathalie Delli-Colli, Ph.D.

Co-chercheur

Yves Couturier, Ph.D.

*Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie -
CHUS*

Université de Sherbrooke

Co-chercheuse

Nicole Dubuc, Ph.D.

*Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie -
CHUS*

Université de Sherbrooke

Co-chercheur

Philippe Maubant, D., HDR

Université de Sherbrooke

Coordonnatrice

Louise Belzile, M.A. (gérontologie)

*Candidate au doctorat en gérontologie
Université de Sherbrooke*

NUMÉRO DE DOSSIER

MP-22-2017-716

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche comporte trois volets dont deux sont subventionnés par le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) dans le cadre du programme de subventions de développement. Savoir qu'ont obtenu Pre Nathalie Delli-Colli et Pr Dominique Gagnon.

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes un acteur clé dans la formation ou dans l'élaboration et l'application des règles d'usages des outils cliniques destinés aux professionnels de la santé et des services sociaux qui interviennent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle qui vivent dans la communauté. Cependant, avant d'accepter de participer à cette recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous

invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à demander que nous vous expliquions tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document. Nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le présent projet vise à décrire et à comprendre les usages que font les intervenants des outils cliniques interdisciplinaires et disciplinaires, afin de proposer des formations, des modes d'accompagnement ou des outils cliniques qui tiennent compte de l'usage effectif des utilisateurs. Nous nous intéressons aussi aux règles qui sont produites et diffusées pour encadrer l'usage attendu de ces outils cliniques.

Plus spécifiquement, nous souhaitons :

- Décrire les usages effectifs de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et comprendre ce qui sous-tend ces usages.
- Décrire l'appropriation des outils cliniques standardisés par les intervenants sociaux et comprendre les conditions et stratégies d'adaptation de ces outils aux conditions de pratique des intervenants sociaux tout en répondant aux finalités poursuivies.
- Documenter comment l'usage des outils standardisés à visée multidisciplinaire contribue aux outils disciplinaires non standardisés.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche se déroulera dans trois CISSS/CIUSSS du Québec. En plus des différents professionnels utilisateurs des outils cliniques du RSIPA qui seront recrutés dans chacune des organisations, nous rencontrerons aussi différents acteurs clés comme vous qui s'occupent de la gestion ou de l'encadrement clinique dans les organisations, des formateurs, des représentants de L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et des fonctionnaires du Ministère de la santé et des services sociaux. Au total, nous comptons recruter environ 10 acteurs comme vous pour participer à cette étude.

Votre participation est sollicitée pour une entrevue semi-dirigée d'une durée de 60 minutes, qui sera enregistrée et qui se déroulera au moment et à l'endroit de votre choix. Les thèmes abordés dans l'entrevue concernent la place qu'occupe les outils cliniques (ex. l'OÉMC, le PSIAS, le SMAF social) dans le travail des intervenants, les écarts entre les usages prescrits et les usages effectifs, les conditions d'utilisation et les difficultés rencontrées dans l'usage de ces différents outils ainsi que de la plate-forme RSIPA.

COLLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE

En tant que participant à ce projet de recherche, vous serez aussi invité à fournir aux membres de l'équipe de recherche tout document pertinent à la compréhension du prescrit de l'usage des outils cliniques.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il est possible que vous soyez inquiet de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues dans le protocole. La participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles ou organisationnelles. Il s'agit plutôt de documenter des processus sur lesquels aucun jugement de valeur n'est porté afin de comprendre et d'améliorer les pratiques existantes.

Il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement de l'entrevue ou un inconfort face à certaines questions. Si tel est le cas, vous serez libre de demander que l'enregistrement soit arrêté ou de ne pas répondre à certaines questions.

INCONVÉNIENTS

Le principal inconvénient découlant de votre participation à ce projet de recherche est associé à l'impact de votre participation sur votre agenda de travail. Il vous faudra réserver dans votre horaire, une période d'une heure pour l'entrevue.

AVANTAGES

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois des participants à d'autres projets semblables ont exprimé de la satisfaction à partager leur expérience ou encore à profiter de ces moments pour réfléchir à leur pratique.

Par ailleurs, les résultats découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à définir les améliorations qui doivent être apportées à la formation et à l'accompagnement clinique, particulièrement en ce qui concerne le développement et l'usage d'outils cliniques qui soutiennent plus adéquatement les professionnels du domaine de la santé et des services sociaux.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

À moins d'avis contraire de votre part, si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information vous concernant obtenue dans le cadre de l'étude sera rendue anonyme, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance. L'information sera conservée par la chercheuse responsable de l'étude durant 5 ans. Passé ce délai, l'information sera détruite selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement ou par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Nous ne pouvons garantir totalement la confidentialité puisqu'il est possible qu'un participant à la recherche soit identifié étant donné le petit nombre de participants par milieu.

Durant votre participation à ce projet, nous recueillerons et consignerons dans un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Ces renseignements (données) comprendront les informations suivantes :

- Votre nom, votre sexe et votre date de naissance ;
- Votre profession et vos années d'expérience professionnelle;

Toutes ces données demeureront strictement confidentielles, dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, vous serez identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée exclusivement par la chercheuse principale.

L'enregistrement des entretiens ne sera pas diffusé. Tous les dossiers électroniques (enregistrements audio, bases de données créées pour entrer et analyser les données) seront conservés sur un serveur sécurisé du Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Tous les documents de recherche et toutes les données (en version électronique ou papier) seront conservés de manière sécuritaire pour une durée de 5 ans. Après cette période, les versions imprimées de ces données seront déchiquetées de même que les fichiers électroniques et les enregistrements audio qui seront supprimés ou effacés des ordinateurs ou de tout autre dispositif multimédia externe.

À la fin du projet de recherche, les données recueillies contenues dans votre dossier de recherche seront rendues anonymes, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance.

Ainsi, les données pourront :

- Servir pour d'autres analyses reliées au projet ;
- Servir pour l'élaboration de projets de recherche futurs.

Et les résultats de recherche pourront :

- Être publiés dans des revues spécialisées ;
- Faire l'objet de discussions scientifiques ;

Quant à vos renseignements personnels (votre nom et/ou vos coordonnées), ils seront conservés, dans un dossier séparé, pendant 5 ans après la fin du projet par la chercheuse principale et seront détruits selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS par la suite.

Les personnes suivantes pourront consulter votre dossier de recherche :

- Vous-même, pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que les chercheurs principaux ou le CIUSSS de l'Estrie -CHUS détiennent ces informations.
- Une personne mandatée par le CÉR du CIUSSS de l'Estrie -CHUS, le CIUSSS de l'Estrie -CHUS ou par des organismes publics autorisés et ce, à des fins de surveillance et de contrôle. Toutes ces personnes et tous ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour participer à ce projet de recherche.

DROITS DU PARTICIPANT

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'un des chercheurs principaux du projet de recherche ou les membres de son équipe aux numéros suivants :

- Nathalie Delli-Colli, Ph.D., chercheuse Université de Sherbrooke:
Nathalie.Delli-Colli@USherbrooke.ca
Téléphone : 819 780-2220, poste 45130
- Dominique Gagnon, Ph.D., chercheur UQAT :
dominique.gagnon2@uqat.ca
Téléphone : 819 874-8728 poste 6214
- Louise Belzile, coordonnatrice du projet
Candidate au doctorat en gérontologie, Université de Sherbrooke
Louise.Belzile@USherbrooke.ca

Si vous avez une plainte à formuler, veuillez communiquer avec le commissariat aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement au numéro suivant :

Pour le CISSS de Laval : 450-668-1010 poste 23628

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie -CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute

modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toutes questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du CÉR au 819 780-2220, poste 45386.

ÉTUDES ULTÉRIEURES

Dans l'éventualité où des projets de recherche similaires à celui-ci se réaliseraient dans les 5 prochaines années, acceptez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation? Bien sûr, lors de cet appel, vous seriez entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Oui ☐ Non ☐

JOURNAL ENCRÂGE

Le Journal Encrâge est un bulletin publié par le Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie - CHUS une fois par année. Il vise à informer les personnes qui ont participé aux études du Centre de recherche et la communauté régionale.

Souhaitez-vous recevoir une copie de ce journal? Oui ☐ Non ☐

Si oui, de quelle façon souhaitez-vous recevoir votre copie? Par la poste ☐ Par courriel ☐

Adresse postale ou adresse courriel : _____

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

J'ai pris connaissance de ce formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

Je m'engage, avec mon équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à ce qu'une copie signée soit remise au participant.

Je m'engage également à respecter le droit de retrait du participant et à l'informer de toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait modifier sa décision de continuer d'y participer.

Nom et signature de la chercheuse principale du projet de recherche

Date

ARBRE DE CODAGE

Catégorie	Codes	Description
1.0 Les outils cliniques utilisés : le coffre à outils de l'intervenant incluant les outils maison, peu importe leur nature.		
	1.1 Liste des outils	
	1.2 Besoins pour travailler mieux	Besoins exprimés au regard des outils cliniques et à leurs usages pour augmenter la capacité d'agir.
2.0 L'OÉMC		
	2.1 Formation	Description des objets de formation et appréciation de la formation reçue, adéquation ou non aux attentes, aux besoins de l'utilisateur
	2.2 Utilité perçue	<i>Attribution de valeur, caractère de ce qui sert à quelque chose de manière à produire de la satisfaction.</i> Ainsi seront jugés utiles les outils qui permettent de plus ou de mieux agir. Place occupée par l'outil dans le travail.
	2.3 Utilisation	<i>Résultat d'une action associé à une méthode qui permet de manier un outil de manière plus ou moins efficace.</i> Tout ce qui se rapporte à ce qui est demandé/attendu : le mode d'emploi, la fréquence, les clientèles, etc. Positionnement des finalités théoriques (devraient être utilisés pour ... ex. les collectes, les suivis, les PI).
		2.3.1 Mode d'emploi prescrit
		Définition de la tâche et des modes opératoires (prévus par les prescripteurs, dont les concepteurs, et transmis dans les formations). Ce qui doit être fait.
		2.3.2 Conditions d'utilisation
		Modulateurs de l'application de la prescription (ex. fréquence des réévaluations) aux conditions de la pratique.
		2.3.2.1 Conditions organisationnelles
		Population, territoire desservi, ressources (hum, mat, fin) disponibles, forces/défis spécifiques. Réflexe de l'évaluation du fonctionnement. Formations offertes, soutien clinique Normes, protocoles internes à l'organisation ou aux services.
		2.3.2.2 Conditions professionnelles
		Niveau de formalisation des processus d'évaluation, de référence, de prise en charge Profils disciplinaires (formation, connaissances attitudes, habiletés, expertise, expérience) Charge de cas, procédures et normes professionnelles Travail collaboratif et organisation du travail Connaissance et disponibilité des protocoles et outils Marge de manœuvre et autonomie professionnelle Possibilité de déployer un raisonnement clinique Valorisation, reconnaissance, réalisation de soi. (Savoyant, 2009, pp. 96-97).
		2.3.2.3
		Cas cliniques particuliers, situations particulières, relations

		Conditions cliniques	difficiles,
		2.3.2.4 Conditions instrumentales	temps de complétion, disponibilité, Aucune entrée de table d'illustration n'a été trouvée. facilité d'emploi efficacité complémentarité/duplication
		2.3.2.5 Conditions technologiques	Effets (positifs ou négatifs) de la technologie sur l'usage. Complexité/facilité d'usage, convivialité, etc.
	2.4 Usages/non-usages		<i>Ensemble de pratiques régulées (par un individu, un groupe, une norme, etc.) recouvrant diverses finalités. Les usages présentent des écarts entre le souhaité/souhaitable et le réalisé/réalisable.</i> Fait ressortir les écarts entre la tâche et l'activité, le genre et le style, la volonté de faire et la capacité réelle, etc. L'usage met en lumière les finalités pragmatiques ou recomposées qui sont forcément sous contraintes. L'usage suppose aussi, le bricolage d'outils, leur amélioration ou adaptations qui se retrouvent avec des fonctions constituées ou attribuées par les utilisateurs.
		2.4.1 Usage intériorisé	S'exprime par une adhésion à l'obligation prescriptive.
		2.4.2 Manière dont l'utilisateur se sert de l'outil	Réfère à la manière de faire de l'utilisateur, compte tenu des contingences qui composent sa réalité. Peut se traduire dans les trucs développés pour arriver à faire le travail en respectant plus ou moins la tâche attendue. Inclut les schèmes d'utilisation (élaborés par les utilisateurs)
	2.5 Liens avec d'autres outils		
3.0 Le SMAF-Social			
	3.1 Formation		Description des objets de formation et appréciation de la formation reçue, adéquation ou non aux attentes, aux besoins de l'utilisateur
	3.2 Utilité perçue		<i>Attribution de valeur, caractère de ce qui sert à quelque chose de manière à produire de la satisfaction.</i> Ainsi seront jugés utiles les outils qui permettent de plus ou de mieux agir. Place occupée par l'outil dans le travail.
	3.3 Utilisation		<i>Résultat d'une action associé à une méthode qui permet de manier un outil de manière plus ou moins efficace.</i> Tout ce qui se rapporte à ce qui est demandé/attendu : le mode d'emploi, la fréquence, les clientèles, etc. Positionnement des finalités théoriques (devraient être utilisés pour ... ex. les collectes, les suivis, les PI).
		3.3.1 Mode d'emploi prescrit	Définition de la tâche et des modes opératoires (prévus par les prescripteurs, dont les concepteurs, et transmis dans

			les formations). Ce qui doit être fait.
		3.3.2 Conditions d'utilisation	Modulateurs de l'application de la prescription (ex. fréquence des réévaluations) aux conditions de la pratique.
		3.3.2.1 Conditions organisationnelles	Population, territoire desservi, ressources (hum, mat, fin) disponibles, forces/défis spécifiques. Réflexe de l'évaluation du fonctionnement. Formations offertes, soutien clinique Normes, protocoles internes à l'organisation ou aux services.
		3.3.2.2 Conditions professionnelles	Niveau de formalisation des processus d'évaluation, de référence, de prise en charge Profils disciplinaires (formation, connaissances attitudes, habiletés, expertise, expérience) Charge de cas, procédures et normes professionnelles Travail collaboratif et organisation du travail Connaissance et disponibilité des protocoles et outils Marge de manœuvre et autonomie professionnelle Possibilité de déployer un raisonnement clinique Valorisation, reconnaissance, réalisation de soi. (Savoyant, 2009, pp. 96-97).
		3.3.2.3 Conditions cliniques	Cas cliniques particuliers, situations particulières, relations difficiles,
		3.3.2.4 Conditions instrumentales	temps de complétion, disponibilité, facilité d'emploi efficacité complémentarité/duplication
		3.3.2.5 Conditions technologiques	Effets (positifs ou négatifs) de la technologie sur l'usage Complexité/facilité d'usage, convivialité, etc..
	3.4 Usages/non-usages		<i>Ensemble de pratiques régulées (par un individu, un groupe, une norme, etc.) recouvrant diverses finalités. Les usages présentent des écarts entre le souhaité/souhaitable et le réalisé/réalisable.</i> Fait ressortir les écarts entre la tâche et l'activité, le genre et le style, la volonté de faire et la capacité réelle, etc. L'usage met en lumière les finalités pragmatiques ou recomposées qui sont forcément sous contraintes. L'usage suppose aussi, le bricolage d'outils, leur amélioration ou adaptations qui se retrouvent avec des fonctions constituées ou attribuées par les utilisateurs.
		3.4.1 Usage intériorisé	S'exprime par une adhésion à l'obligation prescriptive.
		3.4.2 Manière dont l'utilisateur se sert de l'outil	Réfère à la manière de faire de l'utilisateur, compte tenu des contingences qui composent sa réalité. Peut se traduire dans les trucs développés pour arriver à faire le travail en respectant plus ou moins la tâche attendue.

			Inclut les schèmes d'utilisation (élaborés par les utilisateurs)
	3.5 Liens avec d'autres outils		
4.0 L'évaluation du fonctionnement social (TS seulement)			
	4.1 Formation		Description des objets de formation et appréciation de la formation reçue, adéquation ou non aux attentes, aux besoins de l'utilisateur
	4.2 Utilité perçue		<i>Attribution de valeur, caractère de ce qui sert à quelque chose de manière à produire de la satisfaction.</i> Ainsi seront jugés utiles les outils qui permettent de plus ou de mieux agir. Place occupée par l'outil dans le travail.
	4.3 Utilisation		<i>Résultat d'une action associé à une méthode qui permet de manier un outil de manière plus ou moins efficace.</i> Tout ce qui se rapporte à ce qui est demandé/attendu : le mode d'emploi, la fréquence, les clientèles, etc. Positionnement des finalités théoriques (devraient être utilisés pour ... ex. les collectes, les suivis, les PI).
		4.3.1 Mode d'emploi prescrit	Définition de la tâche et des modes opératoires (prévus par les prescripteurs, dont les concepteurs, et transmis dans les formations). Ce qui doit être fait.
		4.3.2 Conditions d'utilisation	Modulateurs de l'application de la prescription (ex. fréquence des réévaluations) aux conditions de la pratique.
		4.3.2.1 Conditions organisationnelles	Population, territoire desservi, ressources (hum, mat, fin) disponibles, forces/défis spécifiques. Réflexe de l'évaluation du fonctionnement. Formations offertes, soutien clinique Normes, protocoles internes à l'organisation ou aux services.
		4.3.2.2 Conditions professionnelles	Niveau de formalisation des processus d'évaluation, de référence, de prise en charge Profils disciplinaires (formation, connaissances attitudes, habiletés, expertise, expérience) Charge de cas, procédures et normes professionnelles Travail collaboratif et organisation du travail Connaissance et disponibilité des protocoles et outils Marge de manœuvre et autonomie professionnelle Possibilité de déployer un raisonnement clinique Valorisation, reconnaissance, réalisation de soi. (Savoyant, 2009, pp. 96-97).
		4.3.2.3 Conditions cliniques	Cas cliniques particuliers, situations particulières, relations difficiles,
		4.3.2.4 Conditions instrumentales	temps de complétion, disponibilité, facilité d'emploi efficacité

			complémentarité/duplication
		4.3.2.5 Conditions technologiques	Effets (positifs ou négatifs) de la technologie sur l'usage. Complexité/facilité d'usage, convivialité, etc.
	4.4 Usages/non-usages		<p><i>Ensemble de pratiques régulées (par un individu, un groupe, une norme, etc.) recouvrant diverses finalités. Les usages présentent des écarts entre le souhaité/souhaitable et le réalisé/réalisable.</i></p> <p>Fait ressortir les écarts entre la tâche et l'activité, le genre et le style, la volonté de faire et la capacité réelle, etc.</p> <p>L'usage met en lumière les finalités pragmatiques ou recomposées qui sont forcément sous contraintes.</p> <p>L'usage suppose aussi, le bricolage d'outils, leur amélioration ou adaptations qui se retrouvent avec des fonctions constituées ou attribuées par les utilisateurs.</p>
		4.4.1 Usage intériorisé	S'exprime par une adhésion à l'obligation prescriptive.
		4.4.2 Manière dont l'utilisateur se sert de l'outil	<p>Réfère à la manière de faire de l'utilisateur, compte tenu des contingences qui composent sa réalité.</p> <p>Peut se traduire dans les trucs développés pour arriver à faire le travail en respectant plus ou moins la tâche attendue.</p> <p>Inclut les schèmes d'utilisation (élaborés par les utilisateurs)</p>
	4.5 Liens avec d'autres outils		3.5 Liens avec d'autres outils
5.0 Les plans d'intervention			
	5.1 Formation		Description des objets de formation et appréciation de la formation reçue, adéquation ou non aux attentes, aux besoins de l'utilisateur
	5.2 Utilité perçue		<p><i>Attribution de valeur, caractère de ce qui sert à quelque chose de manière à produire de la satisfaction.</i> Ainsi seront jugés utiles les outils qui permettent de plus ou de mieux agir.</p> <p>Place occupée par l'outil dans le travail.</p>
	5.3 Utilisation		<p><i>Résultat d'une action associé à une méthode qui permet de manier un outil de manière plus ou moins efficace.</i></p> <p>Tout ce qui se rapporte à ce qui est demandé/attendu : le mode d'emploi, la fréquence, les clientèles, etc.</p> <p>Positionnement des finalités théoriques (devraient être utilisés pour ... ex. les collectes, les suivis, les PI).</p>
		5.3.1 Mode d'emploi prescrit	Définition de la tâche et des modes opératoires (prévus par les prescripteurs, dont les concepteurs, et transmis dans les formations). Ce qui doit être fait.
		5.3.2 Conditions d'utilisation	Modulateurs de l'application de la prescription (ex. fréquence des réévaluations) aux conditions de la pratique.
		5.3.2.1 Conditions organisationnelles	<p>Population, territoire desservi, ressources (hum, mat, fin) disponibles, forces/défis spécifiques.</p> <p>Réflexe de l'évaluation du fonctionnement.</p>

			Formations offertes, soutien clinique Normes, protocoles internes à l'organisation ou aux services.
		5.3.2.2 Conditions professionnelles	Niveau de formalisation des processus d'évaluation, de référence, de prise en charge Profils disciplinaires (formation, connaissances attitudes, habiletés, expertise, expérience) Charge de cas, procédures et normes professionnelles Travail collaboratif et organisation du travail Connaissance et disponibilité des protocoles et outils Marge de manœuvre et autonomie professionnelle Possibilité de déployer un raisonnement clinique Valorisation, reconnaissance, réalisation de soi. (Savoyant, 2009, pp. 96-97).
		5.3.2.3 Conditions cliniques	Cas cliniques particuliers, situations particulières, relations difficiles,
		5.3.2.4 Conditions instrumentales	temps de complétion, disponibilité, facilité d'emploi efficacité complémentarité/duplication
		5.3.2.5 Conditions technologiques	Effets (positifs ou négatifs) de la technologie sur l'usage. Complexité/facilité d'usage, convivialité, etc.
	5.4 Usages/non-usages		<i>Ensemble de pratiques régulées (par un individu, un groupe, une norme, etc.) recouvrant diverses finalités. Les usages présentent des écarts entre le souhaité/souhaitable et le réalisé/réalisable.</i> Fait ressortir les écarts entre la tâche et l'activité, le genre et le style, la volonté de faire et la capacité réelle, etc. L'usage met en lumière les finalités pragmatiques ou recomposées qui sont forcément sous contraintes. L'usage suppose aussi, le bricolage d'outils, leur amélioration ou adaptations qui se retrouvent avec des fonctions constituées ou attribuées par les utilisateurs.
		5.4.1 Usage intériorisé	S'exprime par une adhésion à l'obligation prescriptive.
		5.4.2 Manière dont l'utilisateur se sert de l'outil	Réfère à la manière de faire de l'utilisateur, compte tenu des contingences qui composent sa réalité. Peut se traduire dans les trucs développés pour arriver à faire le travail en respectant plus ou moins la tâche attendue. Inclut les schèmes d'utilisation (élaborés par les utilisateurs)
	5.5 Liens avec d'autres outils		3.5 Liens avec d'autres outils
6.0 Le RSIPA			
	6.1 Formation		Description des objets de formation et appréciation de la formation reçue, adéquation ou non aux attentes, aux besoins de l'utilisateur

	6.2 Utilité perçue	<i>Attribution de valeur, caractère de ce qui sert à quelque chose de manière à produire de la satisfaction. Ainsi seront jugés utiles les outils qui permettent de plus ou de mieux agir. Place occupée par l'outil dans le travail.</i>
	6.3 Utilisation	<i>Résultat d'une action associé à une méthode qui permet de manier un outil de manière plus ou moins efficace. Tout ce qui se rapporte à ce qui est demandé/attendu : le mode d'emploi, la fréquence, les clientèles, etc. Positionnement des finalités théoriques (devraient être utilisés pour ... ex. les collectes, les suivis, les PI).</i>
	6.3.1 mode d'emploi prescrit	Définition de la tâche et des modes opératoires (prévus par les prescripteurs, dont les concepteurs, et transmis dans les formations). Ce qui doit être fait.
	6.3.2 Conditions d'utilisation	Modulateurs de l'application de la prescription (ex. fréquence des réévaluations) aux conditions de la pratique.
	6.3.2.1 Conditions organisationnelles	Population, territoire desservi, ressources (hum, mat, fin) disponibles, forces/défis spécifiques. Réflexe de l'évaluation du fonctionnement. Formations offertes, soutien clinique Normes, protocoles internes à l'organisation ou aux services.
	6.3.2.2 Conditions professionnelles	Niveau de formalisation des processus d'évaluation, de référence, de prise en charge Profils disciplinaires (formation, connaissances attitudes, habiletés, expertise, expérience) Charge de cas, procédures et normes professionnelles Travail collaboratif et organisation du travail Connaissance et disponibilité des protocoles et outils Marge de manœuvre et autonomie professionnelle Possibilité de déployer un raisonnement clinique Valorisation, reconnaissance, réalisation de soi. (Savoyant, 2009, pp. 96-97).
	6.3.2.3 Conditions cliniques	Cas cliniques particuliers, situations particulières, relations difficiles,
	6.3.2.4 Conditions instrumentales	temps de complétion, disponibilité, facilité d'emploi efficacité complémentarité/duplication
	6.3.2.5 Conditions technologiques	Effets (positifs ou négatifs) de la technologie sur l'usage. Complexité/facilité d'usage, convivialité, etc.
	6.4 Usages/non-usages	<i>Ensemble de pratiques régulées (par un individu, un groupe, une norme, etc.) recouvrant diverses finalités. Les usages présentent des écarts entre le souhaité/souhaitable et le réalisé/réalisable.</i>

			Fait ressortir les écarts entre la tâche et l'activité, le genre et le style, la volonté de faire et la capacité réelle, etc. L'usage met en lumière les finalités pragmatiques ou recomposées qui sont forcément sous contraintes. L'usage suppose aussi, le bricolage d'outils, leur amélioration ou adaptations qui se retrouvent avec des fonctions constituées ou attribuées par les utilisateurs.
		6.4.1 Usage intériorisé	S'exprime par une adhésion à l'obligation prescriptive.
		6.4.2 Manière dont l'utilisateur se sert de l'outil	Réfère à la manière de faire de l'utilisateur, compte tenu des contingences qui composent sa réalité. Peut se traduire dans les trucs développés pour arriver à faire le travail en respectant plus ou moins la tâche attendue. Inclut les schèmes d'utilisation (élaborés par les utilisateurs)
		6.4.3 Variations selon la profession	
	6.5 Liens avec le dossier clinique		

Certificat éthique

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke



Sherbrooke, le 17 février 2017

Professeure Nathalie Delli-Colli, Ls., Ph.D.
FLSH École de travail social
Université de Sherbrooke
2500, boul. de l'Université
Sherbrooke, QC J1K 2R1

Objet : Approbation finale du projet de recherche intitulé :

Usages et appropriations des outils cliniques du RSIPA par les intervenants du soutien à domicile

Dossier MP-22-2017-716

Professeure Delli-Colli,

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, accuse réception des documents suivants, déposés sur Nagano, à la suite de l'approbation conditionnelle du projet cité en rubrique :

- Formulaire de réponse à l'approbation conditionnelle (F20 – 3784);
- Formulaires de consentements révisés, datés du 8 février 2017;
- Consignes à donner avant les visites, datées du 9 février 2017;
- Modèles de courriel révisés, datés du 9 février 2017;
- Précisions et commentaires de la chercheuse.

Comme les réponses soumises et les modifications apportées à ces documents ont été jugées satisfaisantes, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé au plan de l'éthique. Toutefois, vous ne pourrez débiter votre projet que lorsque vous aurez reçu la lettre de M. Sylvain Bernier, directeur administratif de la recherche, vous autorisant à réaliser votre projet dans le CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

La présente approbation éthique est valide pour un an à compter du 17 février 2017, date de l'approbation finale. Un mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS en utilisant le document du comité prévu à cet effet. Les formulaires pourront être complétés à partir du logiciel Nagano, disponible à l'adresse suivante : nagano.csss-lugs.ca.

En acceptant le certificat d'éthique joint en annexe, vous vous engagez à :

- Soumettre, pour approbation préalable au Comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et s'il y a lieu :
 - les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de recherche, et ce, dans les six jours ouvrables qui suivent;

- tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients pour les participant-e-s, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;
- toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
- tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe;
- toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
- toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences. En plus du suivi administratif d'usage, le CÉR pourra effectuer un suivi actif au besoin selon les modalités qu'il juge appropriées.

En terminant, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et respecte les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie de recevoir, Professeure Dell-Colli, mes meilleures salutations.

[Sophie Brisson](#)

M^{re} Sophie Brisson

Co-présidente du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Sherbrooke, le 17 février 2017

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE
EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR DES HUMAINS**

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, atteste qu'il a dûment évalué et approuvé les documents qui lui ont été soumis via les formulaires suivants:

- Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche (F111a-3710)
- Formulaire de réponse à l'approbation conditionnelle (F20-3704)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Usage et appropriations des outils cliniques du RSIPA par les intervenants du soutien à domicile

Titre du volet 1 : Les outils cliniques multidimensionnels et leurs usages dans l'intervention gériatrique

Équipe de recherche : Louise Sébille, candidate au doctorat en gérontologie, Pr Nicole Dubuc, Ph.D., co-directrice et Pr Philippe Maubant, D., HDR, co-directeur.

Titre du volet 2 : Les compétences professionnelles mobilisées dans l'usage d'outils standardisés par les travailleurs sociaux

Équipe de recherche : Pr Nathalie Dell-Colli, Ph.D., Pr Yves Gouturier, Ph.D., Pr Philippe Maubant, D., HDR, Pr Dominique Gagnon, Ph.D.

Titre du volet 3 : Soutenir l'appropriation et l'adaptation d'outils cliniques standardisés destinés aux travailleurs sociaux oeuvrant en contexte de soutien à domicile

Équipe de recherche : Pr Dominique Gagnon, Ph.D., Pr Yves Gouturier, Ph.D., Pr Nathalie Dell-Colli, Ph.D.

LA PRÉSENTE APPROBATION A ÉTÉ DEMANDÉE PAR :

Professeure Nathalie Dell-Colli, s.n., Ph.D.

Chercheuse principale

FLSH École de travail social

Université de Sherbrooke

L'approbation éthique pour ce projet de recherche sera valide du 17 février 2017 au 17 février 2018

Le numéro de dossier attribué au projet cité en rubrique par le CÉR est le **MP-23-2017-710**

M^{me} Sophie Bibeau

Co-présidente du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS